

Gabriel Soares de Azevedo Santa Rosa

**PESSOAS TRANS E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTUDO
DE METASSÍNTESE NA LITERATURA CIENTÍFICA
BRASILEIRA**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a obtenção do título
de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires

**FLORIANÓPOLIS
2015**

**Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.**

Rosa, Gabriel Soares de Azevedo Santa

Pessoas trans e atenção primária à saúde: estudo de metassíntese na literatura científica brasileira / Gabriel Soares de Azevedo Santa Rosa ; orientador, Rodrigo Otávio Moretti-Pires - Florianópolis, SC, 2015.

87 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências.

1. Atenção Básica. 2. Travestismo. 3. Transexualismo. 4. Pesquisa Qualitativa. I. Moretti-Pires, Rodrigo Otávio. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Gabriel Soares de Azevedo Santa Rosa

**PESSOAS TRANS E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTUDO
DE METASSÍNTESE NA LITERATURA CIENTÍFICA
BRASILEIRA**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre” e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 23 de novembro de 2015.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^ª. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Murilo dos Santos Moscheta
Universidade Estadual de Maringá

Prof^ª. Dr^a. Celiane Camargo Borges
Breda University of Applied Sciences

AGRADECIMENTOS

Só há um ponto fixo.
É a nossa própria insuficiência.
É daí que é preciso partir.
(Franz Kafka)

A DEUS, princípio primeiro e universal.

Ao querido amigo, professor e orientador Rodrigo Otávio Moretti Pires, pela dedicação, paciência, confiança e estímulo durante toda essa jornada.

Ao Professor Dr. Murilo dos Santos Moscheta e as Professoras Dra. Celiane Camargo-Borges e Dra. Elza Berger, pelos valiosos questionamentos e generosas contribuições que fizeram a este trabalho.

A Professora Dra. Laura Vilela e Souza, por possibilitar, em parceria com os Professores Rodrigo e Murilo, a (des/re)construção de certezas e incertezas.

A Professora Dra. Julie Tilsen, pelos ensinamentos sobre estudos queer. A Lauri Appelbaum e Julie, pelo chocolate queer, diretamente de Minneapolis.

A Professora Dra. Mary Jane Spink, pelo acolhimento durante os encontros do Núcleo de Práticas Discursivas e Produção de Sentidos, da PUC-SP.

Ao Professor Dr. Antônio Fernando Gomes da Silva, pela parceria desde os tempos de graduação.

Aos colegas do Núcleo de Estudos em Gênero e Saúde Coletiva, pelas valiosas reflexões e oportunidades de aprendizado.

A todas as amigas que cultivei nesse período, em especial: Ana María, Dalvan, Deise e Marcelo. Sem vocês essa jornada não teria sido tão prazerosa.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, por contribuírem com minha formação.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de estudos.

A todos os servidores da Universidade Federal de Santa Catarina, em especial àqueles da Biblioteca Universitária e ao Sr. João Leonardo Oster, secretário do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelo atendimento sempre cortês e eficiente.

A todos os colegas e amigos de cenários transformadores e comunicação não violenta, por compartilhar e praticar novas possibilidades de diálogo.

A minha família e amigos que, mesmo distantes, souberam se fazer presentes e incentivadores dessa jornada. Em especial, ao Guilherme Guz, Gabriel Barros, Ivan Rogati, Francisco Silveira Mello Filho, André Hoff, Danilo Diana, Felipe Falce, Jorge Mendes, João Carlos Godoy, Pedro Hoff, Rodolfo Lacerda, Thiago Bucheb, Mariana Barbosa, Beatriz Fernandes Machado, Ana Carolina Aguiar, Raquel Rodrigues, Sarah Raquel, Paulo César Barbosa, Ana Laura Guitti, Andrea Castilho, Diogo Guise Soares de Azevedo, Renato Gerger e Lucas Romeu.

A Bárbara, pela leitura atenta desse trabalho e apoio nos momentos de incerteza. Também por compartilhar momentos indeléveis nessa jornada.

A Claudia de Britto, que me acolheu como filho e assim me trata a tempos.

A minha irmã, Mariana, por seu apoio incondicional ao longo dos anos.

A meus pais, João Ricardo e Maria Inês, razão primeira da minha existência. A despeito das divergências, continuam sendo alicerces e exemplos de retidão, integridade, dedicação e trabalho.

Por fim, àquelas e àqueles que por aqui passaram ou ficaram, deixando sua marca, conscientemente ou não, minha gratidão!

RESUMO

Analisaram-se pesquisas qualitativas sobre pessoas trans na atenção primária à saúde brasileira (APS) a partir da literatura. O metaestudo incluiu seis bases de dados, de 1988 a 2015, sendo registradas 06 publicações. Em que pese as políticas públicas que intentam garantir a equidade, integralidade e a universalidade às pessoas trans nos serviços de saúde, a APS brasileira enfrenta grandes desafios no atendimento a essas pessoas, seja pela patologização das identidades trans, ou pela falta de capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde para um atendimento integral.

Palavras-chave: Atenção Básica; Travestismo; Transexualismo; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Analyzed qualitative research on trans people in Brazilian primary health care (PHC) from the literature. The meta-study includes six databases, from 1988 to 2015, and registered 06 publications. Despite public policies that attempt to ensure fairness, integrality and universality to trans people in health care, the Brazilian APS faces major challenges treatment these people, either by pathologizing of trans identities, or the lack of training and awareness health professionals for comprehensive care.

Keywords: Primary Health Care; Transvestism; Transsexualism; Qualitative Research.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	AS QUESTÕES DE GÊNERO	17
3	GENÊRO E ESTUDOS QUEER	27
4	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BRASILEIRAS RELACIONADAS A PESSOAS TRANS	31
4.1	SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE	36
5	DEMANDAS DE SAÚDE DAS PESSOAS TRANS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	39
6	OBJETIVOS	43
7	PERCURSO METODOLÓGICO	45
8	RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
	PRÁTICAS SOCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E A SAÚDE DE PESSOAS TRANS SEGUNDO A LITERATURA CIENTÍFICA	51
9	CONCLUSÃO	75
	REFERÊNCIAS	77

1 INTRODUÇÃO

Se, como suspeito, a bissexualidade não é somente outra orientação sexual, e sim uma sexualidade que desfaz a orientação sexual como categoria, uma sexualidade que ameaça e questiona a fácil dualidade de hetero e gay [...] e mesmo, através de seus significados biológicos e fisiológicos, as categorias de masculino e feminino, então a busca de significado para a palavra "bissexual" oferece uma lição diferente. Em vez de dar nome a uma minoria invisível, mal percebida, que agora encontra seu lugar ao sol, a categoria "bissexual" passa a estar, como os próprios bissexuais, em todo lugar e em lugar nenhum. Resumindo, não existe um "realmente". A questão de saber se alguém era "realmente" hetero ou "realmente" gay deixa de reconhecer a natureza da sexualidade, que é fluída, não fixa, ainda que complexa. A descoberta erótica da bissexualidade é o fato de ela revelar que a sexualidade é um processo de crescimento, transformação e surpresa, e não um estado conhecível e estável (Marjorie Garber, 1997).

A temática desta dissertação é a saúde das pessoas trans¹. Busquei na literatura entender como, no Brasil, se desenvolveram (e estão desenvolvendo) as políticas públicas de saúde para essas pessoas e como superar as barreiras encontradas. Embora existam estudos internacionais e nacionais, principalmente no âmbito da violência, direitos humanos e saúde, nota-se ainda um claro distanciamento entre as políticas e as práticas cotidianas.

No Brasil, desde a Constituição Federal de 1988, a Saúde é um direito de todos. A Carta Magna assegura também o direito aosxxxxx serviços de saúde independentemente da orientação sexual ou da identidade sexual e/ou de gênero das pessoas.

Inspirado pela literatura referenciada neste trabalho, admito a sexualidade como uma dimensão fundamental para o desenvolvimento integral do ser humano.

¹ Sempre que utilizo o termo "TRANS" estou me referindo a todas as pessoas trans, incluindo nesta classificação pessoas: travestis, transexuais, transgêneros e outras.

Fundamental e ampla, esta dimensão perpassa e relaciona-se com atributos biológicos, sociais, legais, econômicos, culturais, psicológicos e se expressa de não menos variadas formas, como atitudes, fantasias, práticas, valores. Compreende ainda, o prazer, identidade de gênero, orientação sexual, entre outros.

Gênero, por sua vez, muitas vezes é entendido sob uma ótica estereotipada. Na Saúde e na linguagem, destaca-se sua forma binária e predominante masculina, oriunda de uma perspectiva biologicista. Por isso, ao escrever esse texto, deliberadamente, adotei formas de superar as barreiras da gramática que define o masculino como elemento neutro. Busquei expressar-me através de palavras que evidenciem o gênero feminino e a neutralidade. Quando não foi possível, utilizei o feminino e masculino, como em “as/os usuárias (os) ”.

Primeiro porque admito que a linguagem constrói realidades e desta forma me posiciono e tento articular uma realidade distinta. Em segundo, porque entendo gênero como uma construção social de caráter performativo.

Entendo que esse posicionamento colabora para implodir a hipótese que circunscreve o mantra sexo-gênero-orientação sexual.

Apresento diversos estudos que demonstram como as pessoas trans tem seus direitos restringidos, seja no âmbito legal ou saúde. Apresento também diferentes políticas públicas que buscam dar visibilidade e cidadania a essas pessoas.

A partir do contato com pessoas trans e pessoas que convivem diariamente com elas, é frequente o relato de que estas/es, pouco procuram os serviços de saúde, em função da discriminação que sofrem. Outra fala recorrente é que as/os profissionais não são capacitadas/os a atender e entender suas demandas de saúde.

Os estudos indicam também a necessidade de superar a binariedade da sexualidade e das identidades de gênero, a fim de prover ações de saúde norteadas pela integralidade, equidade e universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Superar essas atitudes estigmatizantes, provocadas pela normalização da sexualidade e identidade de gênero, possibilita não só melhorar as condições de saúde das pessoas trans, mas também as oportunidades de emprego e educação, contribuindo para uma cidadania mais plena.

Se por um lado esses questionamentos trazem desafios ao acesso e cuidados à saúde, por outro, oportunizam a construção de uma relação com as/os profissionais e serviços de saúde, mais humana. Em última

análise, essa nova relação, livre de preconceitos e estigmas, contribui para o desenvolvimento de uma sociedade menos violenta e mais justa.

É desta percepção que se justifica meu interesse particular nesta temática. Ao discutir sobre identidades de gênero não hegemônicas, além de contribuir para a redução da discriminação dessas pessoas, intento problematizar uma questão urgente para o avanço de um sistema de saúde realmente equânime e inclusivo.

Sob a perspectiva da saúde coletiva acredito na possibilidade das pessoas trans, oferecerem um conhecimento à comunidade médica-científica, sobre suas próprias demandas de saúde e, dessa forma, propiciar uma relação mais igualitária entre as/os profissionais de saúde e as/os usuárias/os do serviço.

Singelamente, ofereço esse espaço, que por dinâmicas histórica, sociais, culturais e políticas me favoreceram, àquelas(es) que não tiveram tal oportunidade.

2 AS QUESTÕES DE GÊNERO

Num mundo de fluxo aparentemente constante, onde os pontos fixos estão se movendo ou se dissolvendo, seguramos o que nos parece mais tangível, a verdade de nossas necessidades e desejos corporais. [...] O corpo é visto como a corte de julgamento final sobre o que somos ou o que podemos nos tornar. Por que outra razão estamos tão preocupados sem saber se os desejos sexuais, sejam heteros ou homossexuais, são inatos ou adquiridos? Por que outra razão estamos tão preocupados em saber se o comportamento generificado corresponde aos atributos físicos? Apenas porque tudo o mais é tão incerto que precisamos do julgamento que, aparentemente, nossos corpos pronunciam (Weeks, 1995. P. 90-91).

Homem, cisgênero, heterossexual, branco, classe média, cristão, administrador, neoliberal, paulistano e paulista. São esses adjetivos que eu utilizaria para me descrever. E faço isso não com a finalidade de estabelecer quem sou, posto que “estar sendo”, em (des)construção, dialógico e relacional, é a maneira pela qual escolhi me narrar. Faço para estabelecer um lugar. Não o destino, mas sim meu marco zero, meu ponto de partida nesta dissertação. Muitas das experiências e oportunidades que vivi (e as que deixei de viver) são consequências desse local. Por isso, posicionar-me de forma clara e explícita, além de informar o leitor, consiste em um exercício regular de reflexão crítica para mim.

Este posicionamento também serve para refutar a ideia de imparcialidade e neutralidade, inclusive porque, “quando algo se apresenta como neutro, como científico, deve-se desconfiar de que foi feito em uma perspectiva masculina, branca, ocidental, cristã e heterossexual” (MISKOLCI, 2013). Exatamente por pertencer a essas categorias, decidi posicionar-me claramente e dar voz as narrativas que, nas palavras de Butler, não são “corpos que importam”, ou seja, àqueles indivíduos que serão objeto das penalidades, exclusões e invisibilidades ao desobedecer ou subverter às normas culturais (BUTLER, 1999).

Embora me apresente e me posicione, minhas letras ainda estão impregnadas pelos privilégios decorrentes das categorias sociais a que pertenço. Por isso, almejo tingir essas folhas com sentidos que

evidenciem como este estudo provocou em mim uma forma diferente de pensar, olhar e agir em sociedade. Intento, utilizando das palavras recebidas do Prof. Dr. Murilo Moscheta, à época da qualificação deste trabalho, trazer sentidos transformados pela *“feminilidade, transgenerizado, enegrescido, homossexualizado e empobrecido”*. Intento por uma política das diferenças sem renunciar a igualdade. Como cunhou Boaventura Sousa Santos

Temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades. (Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural. 2003; 56)

Ao realizar esse estudo, presenciei e tive a oportunidade de discutir com algumas pessoas sobre a iniciativa de desenvolver um trabalho acadêmico sobre profissionais de saúde e pessoas trans sem pertencer a essas categorias. É sobre os efeitos dessa reflexão que desejo falar nos próximos parágrafos.

Considero justa e pertinente a afirmação de ativistas, pesquisadoras e pesquisadores que apontam os poucos trabalhos realizados por pessoas trans, nesse âmbito. Algumas e alguns, inclusive, protestam contra a objetificação das pessoas trans no desenvolver dos estudos.

Compreendo que todos esses apontamentos têm razão de ser. Contudo, também compreendo que não legitimar, desqualificar ou não reconhecer o trabalho de pessoas cisgênero, imbuídas de denunciar as violências sofridas por pessoas trans, além de não contribuir para a redução e extinção dessa violência, acentua também a dicotomia entre cis e trans.

Encerro essa longa (mas entendo que necessária) introdução, voltando ao objeto deste capítulo.

Segundo a historiadora norte-americana Joan Scott (1995), “gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder”.

Para Butler (2003), nada do gênero é natural, ou seja, o masculino e o feminino só existem como construções sociais. Não existe uma

essência de gênero, uma natureza do gênero. Para a autora, existe um “sequenciamento obrigatório” entre sexo, gênero e orientação sexual, que aprendidos e repetidos cotidianamente, alicerçam hierarquicamente, modelos em relação ao gênero e à sexualidade. Para ela, em nossa cultura, as identidades de gênero, atribuem sentido ao que somos.

De acordo com Foucault (1985), a sexualidade é um dispositivo histórico. Segundo Miskolci (2013), “dispositivo é um termo que se refere ao conjunto de discursos e práticas sociais que criam uma problemática social, uma pauta para políticas governamentais, discussões teóricas e até mesmo embates morais”. A sexualidade se constitui ao longo do tempo e é legitimada pelos discursos² de áreas distintas como a Biologia, Linguística, Direito, Medicina, Psicologia entre outro. Estes saberes, tidos como “verdades”, são produzidos e hierarquizados em relações de poder; nomeiam a “neutralidade e naturalidade” de alguns comportamentos em detrimento de outros.

Segundo Louro (2013), infere-se uma identidade de gênero e orientação sexual a partir de demarcações biológicas; contudo, essa construção, como demonstram os autores anteriores, é significada pela cultura, sendo também, por ela modificada. Por isso, a ilação do início deste parágrafo é tantas vezes equivocada.

Quando falo de gênero, entendo-o como um processo sócio histórico, em constante construção, nos quais as pessoas se constroem e se reconhecem enquanto “homens” ou “mulheres”. Desde o nascimento, aprendemos a nomear praticamente tudo a partir desta lógica binária, inclusive gênero e orientação sexual. Contudo, nem sempre nos identificamos com os rótulos e modelos designados para nós (BUTLER, 2003).

² Em A Arqueologia do saber, Foucault (1986, p.56), reflete sobre o discurso: “[...]gostaria de mostrar que o discurso não é uma estreita superfície de contato, ou de confronto, entre uma realidade e uma língua, o intrincamento entre um léxico e uma experiência; gostaria de mostrar, por meio de exemplos precisos, que, analisando os próprios discursos, vemos se desfazerem os laços aparentemente tão fortes entre as palavras e as coisas, e destacar-se um conjunto de regras, próprias da prática discursiva.

(...) não mais tratar os discursos como conjunto de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é *mais* que utilizar esses signos para designar coisas. É esse *mais* que os torna irredutíveis à língua e ao ato da fala. É esse “mais” que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever”

É, então, no terreno histórico cultural que se nomeiam e definem as identidades sociais. Desta forma, reconhecer-se numa identidade permite construir um sentido de pertencimento a um ou mais grupos sociais. Deduz-se, por óbvio, que neste processo de construir e reconhecer identidades, seja pela vestimenta, estilo, preferências musicais, cuidados pessoais, entre outros, constrói-se e reconhece-se a diferença. O outro é aquele ou aquela que não compartilha das mesmas escolhas, lugares e atributos que nós.

Butler (1993) argumenta que a identidade é construída em processos de diferenciação, nos quais, quem nomeia distingue-se mediante exclusões. Exclui aquilo que julga diferente de si e afasta, reiteradamente, elementos internos que julga moralmente inadequados.

Não postulo aqui o entendimento de um processo de “escolha” racional e livre, ao menos em termos estritos. Inclusive porque, para a própria Butler (2003), as ideias e concepções que uma pessoa elabora sobre algo ou alguém, variam de como “esta” é culturalmente construída. Desta forma, a agência surge das relações, de questões culturais e políticas.

Nesse caminho, quero trazer outro conceito importante dessa filósofa. Para ela, performatividade indica o processo pelo qual a pessoa se percebe como autor de suas experiências, causa de suas ações (BUTLER, 2003). A autora argumenta “performatividade de gênero”, termo que ela cunhou na obra *Problemas de Gênero*, enquanto ato performativo. Como atributo de constituição do gênero que através de sua repetição, regula corpos e produz normas.

Corpos não são habitados como espaços vazios. Eles estão, em sua espacialidade, também em andamento no tempo: agindo, alterando a forma, alterando a significação – dependendo das suas interações – e a rede de relações visuais, discursivas e táteis que se tornam parte da sua historicidade, de seu passado, presente e futuro constitutivos (Undoing gender, 2004; p.217).

Por isso, entendo que toda identidade, inclusive a trans, envolve performatividade.

Como dito anteriormente, a norma que se estabelece em nossa sociedade é a do homem branco, heterossexual, cristão. Por isso, partindo da referência, serão os “outros” que serão definidos e nomeados. A mulher é o sexo frágil, o segundo sexo (BEAVOIR, 1980).

Gays, lésbicas, travestis e transgêneros são cunhados como “diversidade sexual”³.

Os grupos sociais hegemônicos não somente falam por si, mas também pelo outro. Representam a si mesmo e os outros. Avocam sua epistemologia e ontologia como referência, como se não houvesse outras ou, ao menos, como se sua produção fosse a norma e o padrão a ser perseguido. A pressuposição da existência de algo fundamentalmente masculino ou feminino é resultado desta reiteração contínua.

Em 1983, a Associação Psiquiátrica Americana (APA), retirou a homossexualidade do manual de diagnóstico de doenças mentais (DSM), não mais reconhecendo-a como uma doença (MOSCHETA, 2011). Nesta versão, a APA inclui no DSM, o termo “transexualismo” como parte do grupo de transtornos de identidade de gênero. Em 1994, na quarta versão, o termo “transexualismo” é retirado permanecendo, contudo, até a última revisão (quinta versão, 2013) classificado como transtorno de identidade de gênero. No Brasil, em 1999, o Conselho Federal de Psicologia, divulgou normas coibindo práticas patologizadoras nesses indivíduos. Embora o ordenamento jurídico e científico não condene a mais de uma década, a homossexualidade, as recentes manifestações contra o “kit-gay”, as paradas LGBT e a discussão sobre gênero nos planos de educação, evidenciam o quanto essa temática é envolvida por questões morais e religiosas.

Sendo construções históricas, atravessadas por relações de poder, apresentarei conceitos fundamentais, em nossa sociedade, sobre identidade de gênero e sexualidade.

Sexo remete, principalmente, à diferença biológica entre mulheres e homens. Gênero, por sua vez, refere-se, além dos elementos biológicos, à aspectos sociais.

A sexualidade, como mencionado anteriormente, é um dispositivo histórico. Entendo que seja importante elaborar mais algumas palavras sobre esse importante conceito, sob uma perspectiva foucaultiana.

Entre 1976 e 1984, Michel Foucault, publicou a obra “História da Sexualidade”, em três volumes. Embora o filósofo já tenha usado o termo sexualidade durante o curso, “Os anormais”, pronunciado no Collège de France em 1974 e 1975, para falar das práticas, relações e representações sexuais, e também para descrever o “dispositivo de

3) Segundo o dicionário Houaiss, diversidade é qualidade daquilo que é diferente, variado e diverso. Para tanto, é evidente que há necessidade de se estabelecer um padrão, uma regra, uma norma. Para não corroborar a norma, não utilizarei o termo “diversidade sexual”, nesta dissertação.

sexualidade”, é somente em “A vontade de saber”, primeiro volume da “História da Sexualidade”, que Foucault tomou a sexualidade como um discurso, cuja finalidade seria o domínio dos indivíduos e das populações. Para Foucault:

A sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico: não à realidade subterrânea que se aprende com dificuldade, mas à grande rede de superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e poder (FOUCAULT, 1985).

O autor argumenta que as práticas sexuais e o sexo funcionam como parte do dispositivo da sexualidade. Para ele, esse “saber-poder”, atua sobre os corpos produzindo normas e formas de viver. É isso que Foucault denomina como medicalização e, no caso da sexualidade, a medicina constituiu para si um objeto de domínio próprio. Neste processo, a sexualidade serviu como delimitador entre práticas sexuais normatizadas e legitimadas, como a monogamia e a heterossexualidade, legando as demais, o espaço marginal (FOUCAULT, 1985).

Nas palavras de Foucault

A sexualidade vai permitir explicar tudo o que, de outro modo, não é explicável. É também uma causalidade adicional, já que superpõe às causas visíveis, identificáveis no corpo, uma espécie de etiologia histórica, com responsabilidade do próprio doente por sua doença (FOUCAULT, 2001a, p. 306).

Heterossexual refere-se à atração afetiva que uma pessoa sente por outra (s) de sexo diferente do seu, enquanto homossexual diz respeito a atração afetiva que uma pessoa sente por outra(s) do mesmo gênero. Assexuada (o) é aquele(a) pessoa que não sente atração afetiva por ninguém. Pansexual designa àquela (e) que expressa ou envolve atração afetiva de muitas formas diferentes, extrapolando o binário masculino/feminino. Bissexual refere-se àquela (e) que sente atração afetiva por ambos os gêneros. É importante ressaltar que estas categorias não exclusivas, posto que dialogam com frequência entre si.

Para Meyerowitz

A mesma pessoa pode se identificar como uma lésbica bem masculina em um momento da vida e como um transexual FTM em outro. [...] O desejo de mudar o sexo no corpo não corresponde necessariamente a algum comportamento erótico padrão ou desejo sexual. Em termos de atração sexual, muitos transexuais se identificam como heterossexuais, isto é, transexuais masculinos para femininos frequentemente se veem como mulheres heterossexuais, e transexuais femininos para masculinos se veem como homens heterossexuais. Mas alguns transexuais se identificam como (e são reconhecidos como) homossexuais, bissexuais ou assexuados. [...] Pelas definições mais comuns atualmente, transexuais não são intersexos, um termo usado para descrever pessoas que são normalmente chamadas de “hermafroditas” e “pseudo-hermafroditas”, pessoas com condições físicas nas quais os genitais ou aparelho reprodutivo não se adequam exatamente à categoria de macho e fêmea. (MEYEROWITZ, 2002, p. 10).

Michael Warner, em 1991, cunhou o termo heteronormatividade não para falar daquilo que é normal - mas dos dispositivos que o instituem como normal, natural e essência em relação à sexualidade, indicando como padrão a atração afetiva entre pessoas de gêneros diferentes. Segundo Miskolci (2013), “é um regime de visibilidade, ou seja, um modelo sócio regulador das formas como as pessoas se relacionam”. Desde o século XIX, o discurso médico legitima a heteronormatividade “normalizando as condutas sexuais e as expressões da masculinidade e da feminilidade em parâmetros de saúde/normalidade ou doença/anormalidade” (LIONÇO, 2009).

Heterossexismo é a suposição de que as pessoas deveriam ser, ou são, heterossexuais.

O Ministério da Saúde, baseado no CID e DSM, entende a/o Transexual como aquela pessoa cuja expressão de gênero não corresponde ao gênero designado para si ao nascimento, incluindo as travestis, pessoas que estão em movimento entre um gênero e outro;

Transgênero diz respeito à identificação com um gênero diferente daquele atribuído ao nascimento.

Sendo os corpos referências para as identidades, essas pessoas, podem assumir identidades transitórias e contingentes, promovendo ou não alterações corporais que aproximam os corpos das representações hegemônicas de “homem” e “mulher”. Simplificando, significa dizer que Mulher transexual é toda pessoa que demanda ser reconhecida, socialmente e legalmente, como mulher e homem transexual é toda pessoa que demanda ser reconhecida, socialmente e legalmente, como homem. Percebe-se então a transexualidade e a travestilidade, como fenômenos complexos, divergindo da heteronormatividade. (BENTO, 2008).

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, redefiniu e ampliou o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, é importante destacar alguns aspectos: a necessidade de *identificar, estruturar, ampliar e aprimorar a rede de atenção à saúde e a linha de cuidado de transexuais e travestis*, para além do processo transexualizador; as diretrizes de assistência a usuária(o): integralidade da atenção (não delimitando a terapia à cirurgia e baseado no acolhimento e humanização), trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional e a Atenção Primária a Saúde (como porta de entrada da rede, coordenação do cuidado e atenção contínua das pessoas sob sua responsabilidade).

Pessoas cisgêneras são aquelas que se identificam com o mesmo gênero atribuído ao nascer. É uma forma utilizada pela militância LGBT para marcar o “outro”, ao invés de a si mesma(o).

Identidade de gênero aparece, à vista disso, como uma das dimensões mais importantes da vida, ao oportunizar a possibilidade de entender que o sexo atribuído a uma pessoa não corresponde, necessariamente, com a identidade de gênero por ela desenvolvida ao longo de sua vida.

O Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos reconheceu a identidade de gênero como um dos fundamentos de discriminação:

Nem a existência de leis nacionais, nem a prevalência de costume pode justificar o abuso, ataques, tortura e de fato assassinatos que gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros são submetidos em função de quem eles são ou como são percebidos. Por causa do estigma ligado a questões relacionadas com a orientação sexual e

identidade de gênero a violência contra pessoas LGBT é frequentemente não declarada, sem documentos e, em última análise sai impune. Raramente ela provoca o debate público e o ultraje. Este silêncio vergonhoso é a rejeição definitiva do princípio fundamental da universalidade dos direitos” (Issue paper, 2009).

Publicado em 2007 por um grupo de especialistas em direitos humanos internacional, os Princípios de Yogyakarta, representam um esforço em promover normas internacionais, que embora não tenham sido adotadas como padrão, apontam que as classificações médicas, ao diagnosticar transexuais como pessoas com transtornos mentais, restringem a escolha de tratamentos e a capacidade jurídica desses indivíduos. Esse arranjo entre demandas médicas e legais, notadamente lento e burocrático, representa uma forte interferência do Estado na vida privada das pessoas. Reconheceu-se também o acesso a procedimentos de mudanças corporais, como hormonioterapia e redesignação sexual, e o uso do nome social em documentos de identificação oficiais como ações fundamentais por parte do Estado para que pessoas transgêneras vivam de acordo com sua identidade e expressão de gênero.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5 (APA, 2013) caracteriza as pessoas trans como portadoras de uma disforia de gênero, justificando uma série de avaliações que confirmam (ou não) o diagnóstico, que, por sua vez, possibilitam realizar todo o processo transexualizador.

A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) considera travestis e transexuais como possuidoras de um transtorno da identidade sexual. As travestis também são consideradas, nesta Classificação, dentro da categoria de transtornos da preferência sexual, compreendidas como um fetiche face as transformações corporais e expressões de gênero (WHO, 2010). Este processo diagnóstico discrimina e estigmatiza, através da patologização da sexualidade, a comunidade trans (RODRIGUEZ, 2014).

O Brasil reconheceu o preconceito e a discriminação em relação à orientação sexual e gênero, como determinantes sociais na dinâmica do processo de saúde-doença, através da publicação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2010). Tratando-se de pessoas trans, essa assertiva é ainda mais brutal, posto que o discurso médico-legal, limita as possibilidades

e direitos destas pessoas. Exemplo disso é o recorrente debate a respeito do uso de banheiros em locais públicos pelas pessoas trans.

Assumo, portanto, que sexualidade e identidade de gênero não são somente uma questão pessoal, mas também política, cultural e social, posto que é, de muitos modos, construída, socializada e (re)aprendida ao longo da vida. No fundo, estão relacionados a normas e costumes culturais que variam podendo divergir de sociedade para sociedade e no tempo.

Entendo que a temática da sexualidade e de identidade de gênero não é presente na formação dos profissionais da saúde. Desta forma, o preconceito e a discriminação se perpetuam, dificultando o acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo Estado, e, portanto, não contribuindo com a universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (MÜLLER; KNAUTH, 2008).

3 GENÊRO E ESTUDOS QUEER

Queer é estranho, raro, esquisito. Queer, é, também, o sujeito da sexualidade desviante – homossexuais, bissexuais, transexuais, travestis e drags. É o excêntrico que não deseja ser “integrado” e muito menos “tolerado”. Queer é um jeito de pensar e de ser que não aspira o centro e nem o quer como referência; um jeito de pensar e de ser que desafia as normas regulatórias da sociedade, que assume o desconforto da ambiguidade, do entre lugares, do indecível. Queer é um corpo estranho, que incomoda, perturba, provoca e fascina. (Louro – um corpo estranho, 2013).

Embora muitas pessoas utilizem “queer” como uma espécie de termo guarda-chuva para LGBT, intento uma significação mais política e crítica, como a da abertura desta parte. Não se trata de menosprezar ou desrespeitar a importância dos vocábulos que compõe a sigla LGBT, mas sim, incluir àqueles(as) que preferem uma identidade mais fluida. Um olhar queer é sempre questionador e insubordinado.

Almejo um significado que possibilite narrativas e discursos transitórios, fragmentados e contingentes sobre identidades de gênero. Na perspectiva pós-moderna trabalhada nessa dissertação, a construção de uma identidade é fundamentada em estudos queer e em uma postura construcionista social.⁴

⁴ O Construcionismo Social, enquanto movimento pós-moderno, é cético quanto a natureza fixa da realidade e da linguagem, pois, abraça a contradição ao aceitar a multiplicidade e paradoxos. Desta forma é possível reconhecer o gênero enquanto um processo de “fazer”, plural e fragmentado, construído performaticamente em um contexto histórico-cultural. Parece-me evidente que este entendimento desafia o caráter natural de gênero, típico da modernidade.

O discurso construcionista social pode ser entendido de diversas maneiras. Para Gergen (2010), uma teoria prática. McNamee (2002), entende como uma postura filosófica frente ao mundo. Mélo et al (2007), como um movimento. Ao trazer esses diversos entendimentos, intento evidenciar que não há um Construcionismo. Mas sim, Construcionismos. A proposta construcionista social sugere uma perspectiva alternativa de entendimento do mundo, criticando a ciência que postula uma realidade/verdade objetiva, as quais poderia-se observar e mensurar

Voltando as palavras de Louro, no início desta narrativa, quero aprofundar e problematizar a questão do respeito e diversidade.

Miskolci 2013, afirma que

A noção de diversidade busca compreender as demandas por respeito, por acesso a direitos por parte de pessoas que historicamente não tiveram esses direitos reconhecidos, como negros, povos indígenas, homossexuais, mas de forma que esses direitos particulares sejam reconhecidos dentro de um contexto institucional universalista.

Entendo que as demandas são de reconhecimento das diferenças e não apenas de tolerância e diversidade. Tolerar não é reconhecer as especificidades do outro e conviver com a diversidade não significa aceitá-la. Sob a perspectiva da diferença a alteridade é parte do reconhecimento do que somos, em vez de um atributo ou identidade de outro.

Diversidade está relacionada à ideia de tolerância e convivência, enquanto diferença é mais ligada à ideia do reconhecimento vinculado a um processo de mudança das relações de poder e, por consequência, de transformação social do espaço que o outro ocupa em nossa sociedade. O diverso é aquela (e) distinta (o), diferente de nós e com o qual convivemos, mas sem, contudo, nos associarmos, juntarmos ou mesclarmos a ele. Está separado de nós. Nós aqui, elas (es) lá. Quando pensamos pela ótica da diferença, quando nos relacionamos e reconhecemos sem marcadores e categorias fixas, através de um diálogo transformador, promovemos a criação desse outro enquanto parte de nós mesmos (MISKOLCI, 2013).

Parece-me que este discurso de diversidade busca evitar e mitigar o conflito. A despeito disso, inclusive, Warner (1993), critica a utopia de uma sociedade em que as diferenças convivam em harmonia, reconhecendo que a divergência é exercício fundamental na democracia.

Se outrora, os caminhos eram conhecidos, definidos, delimitados ou sólidos, a fluidez de nosso tempo, tateia as incertezas, provoca o desconhecido e desestabiliza as normas que até poucas décadas atrás eram sólidas.

Outro aspecto importante é que a mudança não se apresenta de maneira linear, mas sim, difusa e plural, contribuindo, de certa maneira, para uma “aparente” confusão, posto que já não há receituários de como viver ou ser, ao menos se comparado a um passado recente.

Há algum tempo, conversando com um amigo sobre se ser/estar homossexual era uma escolha/uma preferência, posto que não há uma determinação genética nesse sentido, e, embora ele argumentasse sobre não ser uma escolha (não havia outra alternativa / outra forma de ser), não me convenci... Passado alguns dias, visualizei um post no Instagram que perguntava: “Se ser gay é uma escolha, quando você escolheu ser hétero?”. A ficha caiu.... Compreendi essa “escolha” como um processo sócio histórico de construção do mantra sexo-gênero-sexualidade. Entendi como essa “*matriz heterossexual delimita os padrões, fornecendo, ao mesmo tempo, as pautas para transgressões*” (MISKOLCI, 2013).

O fato de eu nunca ter me perguntado sobre minha heterossexualidade, para além de não ser um problema em nível pessoal, remete a meus privilégios, já declarados anteriormente. Era “normal”. Não havia porque me perguntar sobre algo que era dado, natural. Hoje percebo que de natural, não há nada. Minhas “preferências e escolhas”, são frutos de regulações e delimitações, repetidas como um discurso performativo, que constrói enquanto fala de si e do outro (BUTLER, 2003). Discurso esse que disciplina e violenta a todos, em maior ou menor grau, face seu caráter prescritivo, regulador e punitivo.

Compreendi também a fala da Butler (1993): “*O ato de nomear o corpo acontece no interior da lógica que supõe o sexo como um ‘dado’, anterior à cultura, e lhe atribui um caráter imutável, a-histórico e binário.*”

Não desejo criar mais uma divisão, identidade ou rótulo para classificar as pessoas, inclusive por que identidades prescritivas, ou seja, aquelas que delimitam sua existência pela normalização de uma forma única ou correta de ser, representam uma forma de disciplinamento social e não haveria nada mais anti-queer. Ao utilizar as narrativas e experiências das pessoas trans, historicamente ignoradas e discriminadas, podemos contribuir para superar as desigualdades, invisibilidades, injustiças e preconceitos oriundos da heteronormatividade (MISKOLCI, 2013).

Os estudos queer buscam visibilizar essas injustiças e violências a partir do questionamento das pessoas, evidenciando as normas, frequentemente invisíveis, que criam tanto o “normal” quanto o “anormal” (TILSEN, 2013). Argumento, por isso, que pensar a sexualidade e identidades de gênero, como culturais ou políticas, pode contribuir para um atendimento mais integral, universal e equânime frente as necessidades de saúde das pessoas trans.

Por essas poucas linhas escritas até aqui, é possível perceber que os estudos queer ocupam-se da abjeção⁵. O queer é o repúdio, a não aceitação, de valores morais que demarcam e inscrevem a fronteira (aqui entendida como uma linha divisória), caracterizando àquelas (es) que são normais, aceitos socialmente, e àquelas (es) que serão objeto das penalidades impostas pela sociedade aos transgressores da regra (BUTLER, 1993. MISKOLCI, 2013).

Para as pessoas trans, socializar-se, é um processo ainda mais violento do que com gays, lésbicas e bissexuais, pois não há como romper com a heteronormatividade sem visibilizar a(s) diferença(s) (DAVY, 2013).

A proposta queer pretende, sem ser assimilada, ressignificar o estranho, o anormal, como vetor de transformação social, reconhecendo e chamando os saberes da diferença para transformar às imposições culturais prevalentes.

Nas palavras de Miskolci (2013)

Se somos capazes de perceber que as pessoas cada vez menos cabem em binários como homem-mulher, masculino-feminino, hétero-homo, é porque mal começamos a compreender como as pessoas transitam entre esses pólos, ou se situam entre eles de formas complexas, criativas e inesperadas.

5 Segundo Miskolci (2013), esse termo refere-se “ao espaço que a coletividade costuma relegar aqueles e aquelas que considera uma ameaça ao seu bom funcionamento, à ordem social e política. O abjeto é algo pelo que alguém sente horror ou repulsa como se fosse poluído ou impuro, a ponto de ser o contato com isso temido como contaminador ou nauseante.”

4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BRASILEIRAS RELACIONADAS A PESSOAS TRANS

A Saúde, enquanto direito social e dever do Estado, é uma garantia oriunda da Constituição Federal de 1988, posteriormente complementada pela Lei n 8.080, de 19 de setembro de 1990. Embora não caiba aqui fazer uma análise ou narrativa histórica sobre o Sistema Único de Saúde - SUS, é fundamental reconhecer o protagonismo do Movimento pela Reforma Sanitária e o contexto histórico, ou seja, a redemocratização do Brasil, após 21 anos de ditadura militar.

É nesse contexto que a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, elabora o chamado conceito ampliado de Saúde: *“em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse da terra e acesso a serviços de saúde”*.

A saúde passa a ser entendida de maneira ampliada e não apenas como assistência médico sanitária. Nesta concepção, saúde é decorrente do acesso das pessoas e coletividades aos bens e serviços públicos oferecidos pelas políticas sociais universais (BRASIL, 1988).

É desta conferência também que emergem os princípios, elementos norteadores das políticas públicas em saúde, do SUS, a saber: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e controle social.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, inclui a orientação sexual e a identidade de gênero na análise da determinação social da saúde.

Esta introdução busca destacar sucintamente dois aspectos: a conquista do direito à Saúde enquanto dever do Estado e seu caráter universal, integral e equânime.

A universalidade se aplica a todos igualmente: reconhece o direito à saúde, enquanto direito de cidadania e dever do Estado. Refletir a universalidade do direito à saúde, nos termos da Constituição Federal de 1988, significa reconhecer o potencial da participação social na definição das políticas públicas de saúde, mas também pensar em como essa conquista legal ainda representa um desafio a ser consolidado na prática cotidiana.

Esse conceito de Saúde postula a adoção de estratégias diferenciadas para pessoas e grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade⁶.

Este postulado denomina-se equidade e reclama pela diferença. Considera que todo cidadão deve ser atendido não apenas em sua individualidade e reconhece que pessoas vivendo de formas diferentes, seja pela classe social, região, cultura entre outros, vivenciarão a saúde e doença de formas distintas, em função dessa dinâmica. Portanto, os serviços devem propiciar as condições de um atendimento orientado pelo reconhecimento das diferenças.

Postula-se aqui tratar desigualmente os desiguais.

A integralidade, enquanto princípio do SUS, é entendida com um conjunto articulado de ordem multidisciplinar, de ações e serviços, em todos os níveis do sistema, que buscam resolubilidade às demandas e necessidades de saúde (Brasil, Lei nº 8080/90).

Pinheiro (2001) compreende integralidade como

uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados.

Corroborando com o conceito acima, Ferla (2009) afirmou que

a integralidade implica na inserção do indivíduo em uma rede de serviços capaz de responder às necessidades, que se ampliam enormemente da dimensão biológica (na qual é centrada a prática hegemônica), mas que, minimamente, deve ser capaz de oferecer ações de promoção e proteção de saúde, integradas às ações assistenciais necessárias à demanda singular de cada usuário conjunto.

Para Mattos (2006), a integralidade apresenta-se como uma disposição para a organização dos serviços de saúde; fala também sobre

6) Ayres et al. (1999) afirma que o conceito de vulnerabilidade indica pessoas ou grupos fragilizados, do ponto de vista legal e político, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania.

as práticas dos profissionais de saúde e, por fim, sobre as respostas do Estado às demandas de saúde.

Os sentidos múltiplos da integralidade me parecem um desafio às práticas e percepções fragmentadas de saúde. Uma resposta contra hegemônica ao modelo biomédico, que reduz o indivíduo ao aparelho ou sistema biológico deste.

Estes princípios fundamentais do SUS norteiam a elaboração de políticas públicas em Saúde. Ao apresentar na sequência as políticas públicas orientadas as pessoas trans, buscarei refletir e analisar criticamente, a aplicação dos princípios no desenvolvimento dessas políticas.

Souza (2003) definiu a formulação de políticas públicas como o processo pelo qual *“os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou as mudanças desejadas no mundo real a curto, médio e longo prazos”*. Em um contexto mais específico, as políticas de saúde correspondem à ações, diretrizes e projetos à *“[...] produção, distribuição, gestão e regulação de bens que afetam a saúde humana e o ambiente”* (PAIM; TEIXEIRA, 2006). Performam iniciativas diversas orientadas à formulação, implementação e avaliação de programas e ações no âmbito da atenção à saúde. Nas palavras de Paim (2006):

[...] uma política pública em saúde corresponde às respostas sociais – via Estado, empresas, o chamado “terceiro setor” e comunidade – em face das condições de saúde e dos seus determinantes, bem como diante da produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde das pessoas e das populações.

A discriminação por identidade de gênero incide na determinação social da saúde (BRASIL, 2010). Por isso, reconhecer e promover os direitos das pessoas trans, inclusive no âmbito da saúde coletiva, implica em combater o estigma e a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, reverberando o caráter social e fundamental desses direitos (RIOS, 2011).

No âmbito do SUS, romper com esse processo discriminatório e garantir o direito à saúde as pessoas trans, passa pelo uso do nome social, por um atendimento livre de preconceitos quanto a orientação sexual e identidade de gênero, pelo entendimento de modalidades distintas de família, pelo combate e criação de mecanismos de

resistência as normas que excluem e estigmatizam as pessoas (LIONÇO, 2008).

Considero o ano de 2004 um marco em relação às políticas públicas voltadas à promoção da cidadania das pessoas Lésbica, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT). O “Programa Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual” (BSH), elaborado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) da Presidência da República, elencou ações diversas em onze áreas: articulação da política de promoção dos direitos dos homossexuais; legislação e justiça; cooperação internacional; segurança; educação; saúde; trabalho; direito à cultura; política para a juventude; política para as mulheres; política contra o racismo e a homofobia (BRASIL, 2004a).

Ainda em 2004, objetivando a construção de uma política pública para o SUS, o Ministério da Saúde, constituiu o Comitê Técnico de Saúde da População Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais (GLTB)⁷.

Em 2006, as pessoas GLTB conquista representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), legitimando a participação social, princípio do SUS e promove debates sobre a identidade de gênero e orientação sexual, bem como suas implicações na saúde.

Em 2008, a SEDH, realizou a primeira Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (GLBT)⁸, em Brasília entre 5 e 8 de junho. O evento contou a presença do presidente da República, de ministros e representantes do movimento, cujo relatório produziu uma série de sugestões nas áreas de direitos humanos, saúde, educação, trabalho e emprego, entre outros.

Desta conferência emergiu os princípios da política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transgêneros – LGBT (BRASIL, 2010) –, justificando-se enquanto estratégia, diante das especificidades dessas pessoas, que busca promover ações transversais em saúde, objetivando a integralidade, universalidade e a equidade (LIONÇO, 2008).

⁷ A denominação GLTB corresponde à designação mencionada na redação do documento oficial à época DOU de 15 de outubro de 2004, Seção 2, p. 24 e 25 e Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Portaria nº 2.227, de 14 de outubro de 2004.

⁸ Nesta conferência foi deliberado a adoção da sigla LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. A mudança evidencia a visibilidade social e política das mulheres no movimento, formalizando o enfrentamento das desigualdades que se pautam pelas questões de gênero.

O Protocolo Clínico de Saúde Integral para Travestis (PCSIT), instituído no Estado de São Paulo (BRASIL, 2010), e a Portaria GM n. 1.707 de 18 de agosto de 2008 para instituir o processo transexualizador no SUS (BRASIL, 2008), com a qual também se normatizou o caráter prévio experimental que tinham as cirurgias de redesignação sexual nas mulheres transexuais, foram iniciativas para incluir as populações trans, reconhecendo suas especificidades e necessidades (ARÁN; MURTA, 2009). O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, redefiniu e ampliou o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).

Como dito anteriormente, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, redefiniu e ampliou o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, é importante destacar alguns aspectos: a necessidade de identificar, estruturar, ampliar e aprimorar a rede de atenção à saúde e a linha de cuidado de transexuais e travestis, para além do processo transexualizador; as diretrizes de assistência a usuária (o): integralidade da atenção (não delimitando a terapia à cirurgia e baseado no acolhimento e humanização), trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional e a Atenção Primária a Saúde (como porta de entrada da rede, coordenação do cuidado e atenção contínua das pessoas sob sua responsabilidade).

A Portaria nº 1.353, de 13 de junho de 2011, do Ministério da Saúde, “aprova o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos”, em seu art. 1º, § 5º, estabeleceu que “a orientação sexual não deve ser usada como critério para seleção de doadores de sangue, por não constituir risco em si própria”. Paradoxalmente, o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, da mesma Resolução, em seu art. 34, § 11, inciso IV, alínea d, considera homens que tiveram relações sexuais com outros homens e/ou as parceiras sexuais destes impossibilitados de doar por doze meses.

A partir dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, ao refletir criticamente sobre o acesso das pessoas LGBT a serviços de saúde, permito-me afirmar que identidade de gênero e sexualidade devem ser considerados como um atributo de identidade, mas não o único. Articular esse atributo com outros como classe social, idade, raça e educação propicia o entendimento de um corpo múltiplo, posto que as demandas de saúde de um travesti-rico-branco-escolarizado são completamente diferentes de um gay-negro-analfabeto-pobre. Pensar nessa “interseccionalidade” (COSTA & ÁVILA, 2005;

PISCITELLI, 2008), me faz compreender, como essas articulações perfazem exclusões e aceitações dessas pessoas.

A atenção primária a saúde, enquanto porta de entrada do SUS, retrata um processo repleto de possíveis conflitos, desencadeados pelas ações humanas. Por isso, entendo como crítico a convivência entre as/os usuárias (os) do sistema e as/os profissionais de saúde. Intento discutir e propor debates sobre esses conflitos, objetivando ampliar o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde. Acesso aqui compreendido enquanto grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Cabe pensar que este acesso depende de fatores complexos e diversos, como por exemplo, recursos tecnológicos e profissionais capacitados a atender as necessidades de saúde destas pessoas, os quais impactam na qualidade do cuidado ao usuário do sistema. (BRASIL, 2010; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

4.1 SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado.
(Paulo Freire)

A Atenção Primária em Saúde⁹ (APS) emerge como uma resposta ao modelo médico-hospitalar, o qual priorizava o atendimento especializado. A APS é parte fundamental na organização do sistema de saúde brasileiro, principalmente após a implantação do SUS. A partir de então, visando reorganizar as ações de atenção básica no país, os investimentos públicos em saúde foram concentrados na atenção primária. Segundo o ministério de saúde, a Atenção Básica

caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e

⁹ Essa dissertação conceitua Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde enquanto termos correspondentes, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

condicionantes de saúde nas coletividades.
(Brasil, 2012)

Entendida como contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada, a coordenadora do cuidado e o centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a atenção básica, norteia-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da equidade, do vínculo, da longitudinalidade, da integralidade da atenção, da humanização e da participação social (BRASIL, 2012).

Em 2008, o Ministério da Saúde, para apoiar essas equipes nas atividades relacionadas ao cuidado, criou, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da portaria GM nº154, de 24 de janeiro de 2008. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica são

equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Ruas, equipes Ribeirinhas e Fluviais, etc.) e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidades dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da (s) Unidade (s) nas qual (is) o NASF está vinculado e no território dessas equipes (BRASIL, 2012, p.69).

Segundo o Ministério da Saúde (2010), o processo de trabalho do NASF, deve priorizar: (a) ações clínicas compartilhadas, visando um projeto terapêutico singular (PTS); (b) intervenções específicas do profissional junto aos usuários e/ou famílias; e (c) ações compartilhadas, em saúde comunitária, desenvolvidas com outros setores.

As ações nos territórios devem estar pautadas na integralidade do cuidado e pelo acompanhamento longitudinal, atuando a partir da perspectiva que a saúde é influenciada por muitos fatores (BRASIL, 2010a). Por isso, o vínculo empregatício na atenção básica influencia no trabalho e na qualidade da assistência (BRASIL, 2006).

Pela proposta atual, o NASF, pode ser composto por até dezenove categorias profissionais, a saber: Médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico

homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

O trabalho interdisciplinar, no âmbito da Saúde Coletiva, é um dos elementos da AB que tem a Estratégia da Saúde da Família (ESF), como arranjo prioritário de organização, em consonância aos princípios do SUS. Considerado esse contexto, o NASF, enquanto equipe multiprofissional deve observar diretrizes gerais como: ação interdisciplinar e intersetorial, educação permanente, desenvolvimento da noção de território, participação social e promoção da saúde (Ministério da Saúde, 2009). Essas ações buscam desenvolver a integralidade e auxiliar no desenvolvimento da interdisciplinaridade (Nascimento & Oliveira, 2010), bem como articular ações de promoção da saúde (Ministério da Saúde, 2006).

O Ministério da Saúde propõe que diferentes conhecimentos, saberes, práticas, valores e formas de relacionamento se encontrem para atingir um objetivo comum. Para tanto, é fundamental que as/os profissionais de saúde adotem atitudes de flexibilidade frente às demandas e suas “verdades”.

Mângia e Lancman (2008) apontam que existe um distanciamento entre a formação dos profissionais de saúde e os objetivos do NASF, posto que muitas (os) profissionais ainda carregam uma percepção de cuidado fragmentada.

Percebe-se que o paradigma biologicista/biomédico ainda prevalece, desconsiderando os aspectos sociais da doença dando enfoque aos aspectos biológicos (HELENA, NEMES e ELUF-NETO, 2010; MORETTI-PIRES, 2009). Além disso, é praticamente nulo, durante o processo de formação, a prática multiprofissional que lhe será exigida no futuro

Dessa forma, capacitar os membros do NASF é fundamental para enfrentamento das especificidades em saúde, relacionadas ao território das equipes de ESF. Entendo que esta capacitação, além de aumentar a resolutividade nas ações da eSF e reduzir o encaminhamento para atendimentos individuais pelo NASF.

5 DEMANDAS DE SAÚDE DAS PESSOAS TRANS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A criação de políticas e programas de saúde voltados a pessoas trans, por si só, não garante sua efetivação. Como se diz no popular, “papel aceita tudo”.

Parker (2001) destaca que as intervenções em saúde devem contextualizar fatores como pobreza, opressão sexual, racismo, entre outros. Essas intervenções contribuirão para legitimar as especificidades das pessoas trans, promovendo uma transformação social.

Hutchinson et al. (2006) explicam como, a partir da heteronormatividade, a linguagem, formas de cuidado, elementos de ensino conformam a prática reforçando o argumento de que a heterossexualidade é natural e universal (STEVENS, 1995).

Essa “verdade”, ensinada, reiterada e assumida, pelas/os profissionais de saúde, através da formação biomédica, reduz a discussão de gênero ao binarismo masculino e feminino. Prejudica as possibilidades de entendimento das necessidades de saúde e dificulta uma atenção de qualidade e humanizada (RODRIGUEZ, 2014).

Diversos estudos afirmam (ROSSER, 1992; RÖNDAHL; INNALA; CARLSSON, 2006; RÖNDAHL, 2010) que os currículos médicos supõem a heterossexualidade, provocando durante o atendimento a pessoa, limitações nas possibilidades de comunicação e prejudicando a interação entre a/o profissional de saúde e a/o usuária(o).

Steele et al. (2006), Seaver et al. (2008) e Chapman et al. (2012), relataram que uma formação especializada, para as/os profissionais de saúde, orientada para o atendimento das pessoas trans, poderia contribuir para evitar barreiras na utilização dos serviços. Neville e Henrickson (2006), trazem a importância da atitude acolhedora e respeitosa da/o profissional de saúde em relação à identidade sexual da/o participante.

Cerqueira-Santos et al. (2010) e Rocha et al. (2009), dois estudos realizados no Brasil, relatam que o acolhimento e equidade, princípios do SUS, não são frequentes no atendimento. O primeiro estudo relata como uma médica, assume a heterossexualidade da usuária e sugere a colocação de um dispositivo intrauterino (DIU), a fim de evitar a gravidez, face a um tratamento farmacológico. A usuária informa, então, sua orientação sexual à médica.

Sanchez et al. (2009), em estudo com pessoas autoidentificadas como mulheres trans, relata que embora 81% das participantes tivessem

um médico, 23% delas utilizavam outras fontes para obter informações sobre hormônios.

Em outro estudo, 38% das mulheres trans procuraram atendimento médico nos últimos 12 meses, sendo que mais de 95% informaram participar de serviços de prevenção de HIV nos últimos 12 meses (HARAWA; BINGHAM, 2009).

Nos estudos de Rocha et al. (2009) e de Cerqueira-Santos et al. (2010), as travestis e transexuais reconheceram um atendimento favorável nos serviços especializados para AIDS/HIV, com profissionais capacitados. Por outro lado, estudos relatam transfobia e homofobia nos serviços à saúde. A não utilização do nome social, pelas/os profissionais de saúde, agride, constrange, discrimina e desrespeita a usuária. É evidente que essa falta de sensibilidade, além de contrariar normativas do SUS, dificulta o vínculo entre a/o profissional e a/o usuária (o) (CERQUEIRA-SANTOS et al, 2010; ROCHA et al, 2009; CARVALHO, 2009).

O Transgender EuroStudy, publicado em 2009, relata um cenário preocupante no tocante as experiências de pessoas trans em relação à desigualdade e discriminação no acesso a cuidados de saúde na Europa. Embora passados seis anos da publicação do estudo, muitos apontamentos permanecem atuais. É sobre eles que conversaremos nos próximos parágrafos.

A primeira questão relacionada aos cuidados de saúde para as pessoas trans é a existência de classificações médicas internacionais e nacionais que definem a transexualidade como uma desordem mental. Atualmente, existem dois sistemas internacionais para a classificação de doenças mentais: O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), publicado pela APA, inclui o termo "transtorno de identidade de gênero" como um distúrbio de saúde mental que descreve pessoas que sofrem de disforia de gênero, como um desacordo, desalinhamento ou descontentamento significativo com o sexo biológico atribuído ao nascer. O segundo, publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), inclui o transexualismo como um transtorno mental e comportamental.

Embora alguns atores e movimentos da sociedade civil, incluindo associações médicas, formulem críticas a esses posicionamentos patologizantes da sexualidade, tais classificações ainda são consideradas na elaboração de políticas públicas. É fácil concluir que tais classificações restringem e criam obstáculo ao exercício pleno de

direitos humanos fundamentais por pessoas trans, especialmente, no tocante, a capacidade jurídica ou escolha do tratamento médico.

Essa crítica a patologização não é, contudo, uma unanimidade para as pessoas trans.

Muitas pessoas trans entendem que mudanças nos sistemas de classificação, poderiam promover maiores restrições e, portanto, uma piora no acesso aos cuidados de sua saúde. Justificam que os sistemas de saúde exigem um diagnóstico para garantir o acesso aos cuidados de saúde, ao tratamento médico e psicológico que demandam. Outros, entretanto, argumentam que ser diagnosticado como portador de um transtorno mental, estigmatiza e discrimina as pessoas diante da sociedade, sujeitando-se a objeto da medicina. O estudo sugere que classificações alternativas devem ser exploradas em parceria com as pessoas trans e movimentos que a representam. Sob a perspectiva queer, desta dissertação, “classificações alternativas” me parece conflitar abertamente com os atributos performativos da sexualidade. Sobretudo se não romperem e perpetuarem as normas que estigmatizam as pessoas trans.

A segunda questão refere-se ao acesso à terapia de mudança de sexo, a qual normalmente encontra-se disponível, em grande parte dos países europeus, após a pessoa ter completado 18 anos de idade. Nos Países Baixos, com a finalidade de tomar decisões mais informadas sobre sua identidade de gênero no futuro, a juventude trans, pode iniciar o tratamento e receber aconselhamento. Ao atingir a idade de 18 anos elas/es podem prosseguir com tratamentos de mudança de sexo, se desejarem. Bélgica e Alemanha, também oferecem tratamento semelhante para menores de 18 anos.

O acesso à cirurgia de mudança de sexo é ainda mais complicado. Há relatos de pessoas trans que se submetem a exames forçados por psiquiatras; São obrigados a contar uma história que “justifique essa opção” desde a infância; Vez ou outra, suas reivindicações só são consideradas legítimas se comprovado, ao menos, uma tentativa de suicídio. Outras pessoas trans são forçadas a se estereotipar-se em seu gênero preferido a fim de atender critérios de elegibilidade.

O estudo corrobora outros já citados anteriormente ao relatar as experiências negativas de pessoas trans com o sistema de saúde. Os profissionais de saúde são rudes, tendenciosos desinformados e muitas vezes referem-se a/o usuária (o) no gênero atribuído ao nascimento. A Agência da União Europeia para os Direitos Fundamentais (FRA) reporta que um quarto dos entrevistados no estudo relatou tratamento desfavorável por profissionais de saúde, por serem pessoas trans. Um

quinto informou que ser uma pessoa trans afetou a forma de acessar os serviços de saúde. Muitas pessoas trans contam evitar consultas médicas por medo de comportamento impróprio.

Para finalizar, os resultados do estudo reportam que os problemas encontrados, por pessoas trans, no acesso a seu direito a cuidados de saúde refletem em indicadores de saúde coletiva. Estudos referenciados pela FRA apontam que entre 25% a 33% das pessoas trans entrevistadas haviam tentado suicídio. Na Irlanda, 26% das pessoas trans haviam tentado suicídio pelo menos uma vez.

6 OBJETIVOS

Objetivo geral

Compreender como a literatura científica, no campo da Saúde Coletiva, discute os desafios para a consecução da integralidade e equidade, às pessoas trans, na atenção primária a saúde.

7 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de revisão da literatura, a partir do uso de metassíntese de artigos qualitativos, segundo procedimentos descritos por Partenson (2001) para metaestudo, procurando responder a pergunta “Quais são as características, avanços, limites e desafios na atenção primária a saúde de pessoas trans no Brasil a partir da literatura científica?”.

As buscas compreenderam todas as publicações existentes de 1988 até setembro de 2015, utilizando-se em seis bases bibliográficas: Scielo.org, DOAJ, Lilacs, PubMed, SCOPUS, Web of Science e banco de teses da CAPES. Apesar das considerações das teorias de gênero sobre a psiquiatrização e os problemas decorrentes, utilizou-se os descritores existentes nos dicionários das referidas bases, a saber: Pessoas Transgênero; Travestismo; Transexualismo; e Serviços de Saúde para pessoas transgêneros. Foram empregados também os termos em inglês e espanhol, existentes nos dicionários de descritores das bases utilizadas.

Os estudos foram selecionados com base nos seguintes critérios: (1) ter sido publicado a partir de 1988, quando o artigo 196 da Constituição Federal passou a garantir a Saúde como direito de todos e dever do Estado; (2) tratar de estudos na Atenção Primária à Saúde; (3) referir-se à pessoas trans. Foram critérios de exclusão: (1) documentos que não fossem artigos originais; (2) revisões de literatura; (3) ensaios teóricos; (4) artigos sem metodologia adequadamente descrita; (5) artigos que não se referissem ao contexto brasileiro; (6) artigos que não traziam informações e resultados sobre Atenção Primária.

A partir da referida estratégia de busca, foram capturados, via SCIELO 49 artigos, via DOAJ 36, via Lilacs 152, via PubMed 54, via SCOPUS 74, via Web of Science 23, via banco de teses da Capes 9 e 3 artigos adicionais via busca em referências bibliográficas, totalizando 400 artigos. Após a exclusão das duplicidades (N=263) resultou-se em 137 artigos distintos.

A primeira etapa da seleção pelos títulos excluiu principalmente aqueles que focalizavam aspectos cirúrgicos referentes ao desenvolvimento de técnicas de transgenitalização ou cujo objeto central era a associação do transexualismo como uma patologia ou um distúrbio de ordem psíquica. Além disso, foram excluídos também onze artigos que não se relacionavam à temática. Essa etapa resultou em 82 artigos.

Em uma análise posterior, ainda preliminar, da pertinência e qualidade dos 82 artigos encontrados sobre Pessoas transgênero,

Transexualismo, Atenção à Saúde e Travestismo, selecionou-se 6 artigos com base nos critérios acima referidos, a partir dos resumos e dos textos completos, nessa sequência. Através da análise dos resumos, foram excluídos 47 artigos que não constituíam referências de atendimento no nível primário de saúde ou que eram restritos à temática da prostituição e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Restaram, então, 35 artigos que tiveram os textos completos avaliados. Vinte e três trabalhos foram excluídos pois a metodologia não era clara quanto ao desenho de estudo e seis por serem artigos teóricos. Em caráter final, o corpus teórico investigado incluiu seis estudos (ROMANO, 2008; SOUZA ET. AL, 2015; MORAES, 2014; SOUZA ET. AL, 2013; SANTOS ET. AL, 2010; BORBA, 2014).

A Figura 1 apresenta a estratégia de busca e uma síntese do processo de obtenção dos artigos selecionados para o metaestudo, mapeando e justificando as exclusões.

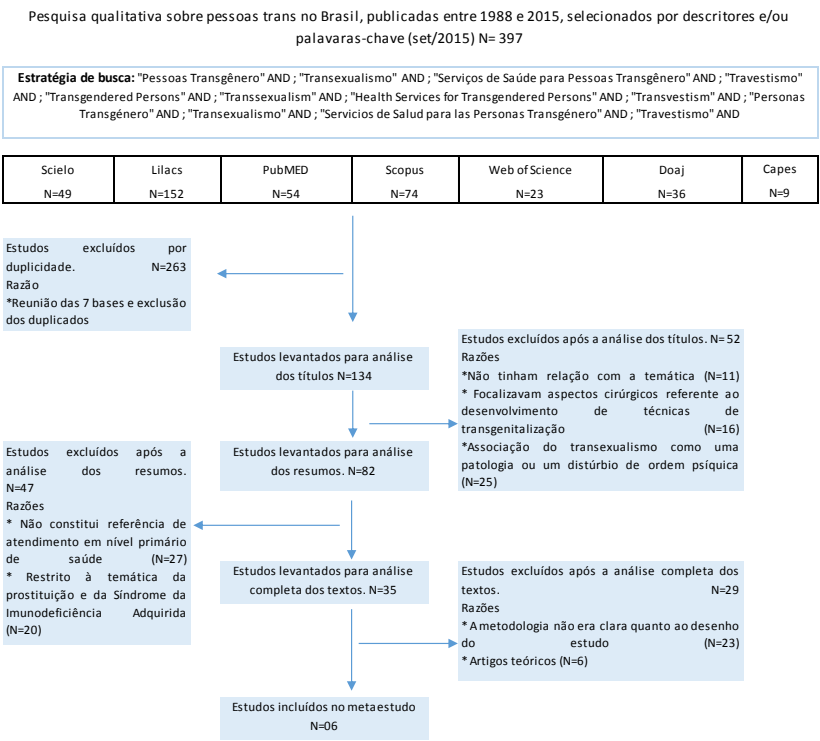


Figura 1. Síntese do processo de obtenção de dos estudos selecionados para o metaestudo

Os artigos que foram incluídos no final do processo de seleção foram lidos e analisado na íntegra. Foi realizado o fichamento e classificação, sistematizando as principais características dos trabalhos. Realizou-se a tabulação seguindo: título do artigo, nome e instituição dos autores, referência, ano e país onde a pesquisa foi desenvolvida, objetivo da pesquisa, métodos empregados, e as categorias referentes a APS.

Conforme os passos sugeridos por Patterson (2001), a análise foi empreendida nas seguintes etapas:

- Metateoria: frente aos problemas debatidos nos artigos, identificaram-se os autores e principais conceitos utilizados, assim como a análise teórica a partir dos resultados.
- Metamétodos: análise das abordagens metodológicas empregadas e as consequências para os estudos e para os problemas investigados.
- Metanálise: buscou-se a interpretação do corpus constituído pelos artigos, mediante sínteses parciais em cada artigo, comparadas para o estabelecimento da síntese final, em que se destacou e dialogou os principais resultados com a literatura científica existente.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme o regimento interno do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFSC, os resultados da presente dissertação foram apresentados em forma de artigo.

PRÁTICAS SOCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E A SAÚDE DE PESSOAS TRANS SEGUNDO A LITERATURA CIENTÍFICA¹⁰

**Gabriel Soares de Azevedo Santa Rosa
Rodrigo Otávio Moretti-Pires**

RESUMO

Analisaram-se pesquisas qualitativas sobre pessoas trans na atenção primária à saúde brasileira (APS) a partir da literatura. O metaestudo incluiu seis bases de dados, de 1988 a 2015, sendo registradas 06 publicações. Em que pese as políticas públicas que intentam garantir a equidade, integralidade e a universalidade às pessoas trans nos serviços de saúde, a APS brasileira enfrenta grandes desafios no atendimento a essas pessoas, seja pela patologização das identidades trans, ou pela falta de capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde para um atendimento integral.

Palavras-chave: Atenção Básica; Travestismo; Transexualismo; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Analyzed qualitative research on trans people in Brazilian primary health care (PHC) from the literature. The meta-study includes six databases, from 1988 to 2015, and registered 06 publications. Despite public policies that attempt to ensure fairness, integrity and universality to trans people in health care, the Brazilian APS faces major challenges treatment these people, either by pathologizing of trans identities, or the lack of training and awareness health professionals for comprehensive care.

Keywords: Primary Health Care; Transvestism; Transsexualism; Qualitative Research.

No primeiro artigo da Constituição Nacional brasileira de 1988, onde se definem os fundamentos da República Federativa, junto ao

¹⁰ Todos os autores contribuíram em todos os passos da metassíntese, análise e construção do presente artigo.

inciso sobre a Soberania nacional, fulguram a cidadania, a dignidade humana, os valores sociais do trabalho e livre iniciativa e o pluralismo democrático (BRASIL, 1988). No artigo 3º, declara-se que constituem como objetivos fundamentais, da República: a construção de uma sociedade livre, justa e solidária; erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; e promover o bem de todos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor e quaisquer formas de discriminação. Em relação aos direitos à saúde, o texto constitucional a coloca entre os direitos sociais dos cidadãos, especificando no artigo 196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”.

Criado a partir do ideário Constitucional que oficializa as inúmeras iniciativas e lutas políticas do Movimento de Reforma Sanitário Brasileiro, o Sistema Único de Saúde, em mais de duas décadas de implementação, expandiu-se até se tornar uma rede de atenção a saúde, que implica no acesso a todos os serviços necessários para a promoção de saúde, prevenção e recuperação de doenças, desde a atenção primária aos níveis e procedimentos de alta complexidade.

No entanto, paralelamente aos avanços e conquistas, a extensão dos direitos à saúde a todos os seguimentos populacionais é temática de questionamento por parte da literatura científica, especialmente no que se refere às minorias.

Especialmente na temática de gênero e saúde, há que se registrar que nas últimas décadas do século XX ocorreram grandes transformações na ordem social e na intimidade dos indivíduos na sociedade ocidental, particularmente no que Giddens (1993) alerta sobre os questionamentos recorrentes em relação as normas sociais, as políticas, o que é de domínio público, e o âmbito privado da identidade, tendo como efeito a reflexividade com relação as identidades e expressões de gênero. Segundo Giddens (1993, p.25) existem disputas na temática de gênero no questionamento (ou não) de “(...) algo que cada um de nós ‘tem’, ou cultiva, não mais uma condição natural que um indivíduo aceita como um estado de coisas preestabelecido”, com gradual ganho de espaço em meios distintos da vida pública, política e com crescente apropriação pelo campo científico.

As garantias de direitos cidadãos e uso dos serviços públicos de saúde fundados sob o signo da universalidade do acesso, irrestrito a cidadãos brasileiros, é de imensa relevância nas discussões da Sociedade Brasileira contemporânea. Nesse contexto, a temática das orientações

sexuais e expressões de gênero¹¹ é imprescindível, já que no cotidiano dos referidos serviços, ocorrem diversos tipos de exclusão e invisibilidade das pessoas LGBTT, com experiências de discriminação fundamentadas tanto nos saberes como nas práticas sociais, já que perante a heteronorma¹² instituída como verdade compulsória (BUTLER, 2003), as pessoas LGBTT se constituem como anormais (FOUCAULT, 2011), abjetas (BUTLER, 2001) e desviantes (PRECIADO, 2014), e, portanto, reduzidas a corpos e condutas que necessitam de correção, sujeição e cura (predominantemente médica).

Estudos desse fenômeno, em suas variadas formas de apresentação e sujeitos, têm figurado entre as pautas acadêmicas com bastante importância nas últimas décadas, diante da sua forte presença na sociedade, notadamente naquelas mais urbanizadas. Existe uma crescente preocupação direcionada, nacionalmente, a relevância e os impactos dessa temática nas condições de vida da população.

Avanços ocorreram no sentido da garantia de existência e cidadania de pessoas LGBTT no Brasil na primeira década do século XXI, em seis áreas principais: assistência social, previdência social, saúde, segurança, trabalho e educação.

Em 2004 surgiu o Programa do Governo Federal “Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra Gays, Lésbica, Bissexuais e Travestis e de Promoção da Cidadania Homossexual” (BRASIL, 2004), que tem por objetivo o fortalecimento das instituições públicas e não governamentais na construção da cidadania homossexual, com foco na capacitação de profissionais, disseminação de informações e incentivo a denúncia de violação dos direitos humanos de pessoas LGBTT.

No ano de 2008 realizou-se a I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, que teve como tema “Direitos humanos e políticas públicas: o caminho para garantir a cidadania de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais”

¹¹ Expressão de gênero “é como uma pessoa apresenta publicamente o seu gênero. Isso pode incluir comportamento e aparência externa, como vestido, cabelo, make-up, a linguagem corporal e voz. Nome escolhido de uma pessoa e pronome também são formas comuns de expressão de gênero.” (ONTARIO HUMAN RIGHTS COMMISSION, 2014)

¹² Michael Warner, em 1991, cunhou o termo heteronormatividade não para falar daquilo que é normal - mas dos dispositivos que o instituem como normal, natural e essência em relação à sexualidade, indicando como padrão a atração afetiva entre pessoas de gêneros diferentes.

(BRASIL, 2008). A II Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais foi realizada em 2011 sob o tema "Por um país livre da pobreza e da discriminação: Promovendo a Cidadania de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais" (BRASIL, 2011).

Duas iniciativas governamentais ocorreram em 2009: o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNPCDH-LGBT) e o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH 3). O PNPCDH-LGBT tem como objetivo de construção de políticas públicas de inclusão social e de combate às desigualdades para a pessoas LGBTT, orientada pela intersetorialidade e transversalidade na proposição e implementação dessas políticas (BRASIL, 2010a). Paralelamente, o PNDH3, mais geral e envolvendo outras populações, versa em sua diretriz 10 pelas demandas de "Garantia da igualdade na diversidade" e, em seu objetivo estratégico V, sobre a garantia do respeito à livre orientação sexual e identidade de gênero¹³ (BRASIL, 2009).

Especificamente em relação à Saúde Pública das pessoas LGBTT, no ano de 2008 foi construída a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais pelo Ministério da Saúde, em lançada em 2010 (BRASIL, 2010b), na qual destaca-se a "inclusão de variáveis que caracterizam a diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de políticas e programas no Sistema Único de Saúde, envolvendo: orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida e raça-etnia". Destaca-se também a Portaria 2.803, de 19 de novembro de 2013 que redefiniu e ampliou o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).

Mesmo em face aos avanços no arcabouço político e legal brasileiro, ainda persistem profundas lacunas, principalmente no que se refere ao entendimento de questões concernentes aos processos vivenciados e as práticas sociais estabelecidas entre as pessoas LGBTTs e seus contornos em relação à temática do gênero na sociedade brasileira contemporânea. E como a construção do corpo, que é sujeita dos

¹³ Identidade de gênero "é a experiência interna e individual de cada pessoa do sexo. É o seu sentido de ser uma mulher, um homem, ambos, nenhum dos dois, ou em qualquer lugar ao longo do espectro de gênero. Identidade de gênero de uma pessoa pode ser a mesma ou diferente de seu sexo atribuído ao nascimento. A identidade de gênero é fundamentalmente diferente da orientação sexual de uma pessoa." (ONTARIO HUMAN RIGHTS COMMISSION, 2014)

referidos processos societários e tecnológicos, também a saúde será, no âmbito dos serviços e das práticas pessoais, um cenário interessante para o entendimento dos processos sociais vivenciados pelas pessoas LGBTQT, com destaque as pessoas trans¹⁴.

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA E CONCEITUAL

A despeito da naturalização do sexo e do gênero na sociedade, Judith Butler (2001, 2003) afirma que os gêneros são constituídos como os resultados de performances, ou seja, não tem essência/existência em si, mas são realidades construídas, processuais e contingentes. Nas palavras de Butler “A performatividade não é, assim, um ato singular, pois ela é sempre uma reiteração de uma norma ou conjunto de normas” (BUTLER, 2001, p.167).

A autora discorre sobre a insuficiência dos aspectos biológicos (e da própria construção social desses saberes)¹⁵ para a constituição do “ser homem” e do “ser mulher”, defendendo que os gêneros são construídos e reificados através de atos continuamente reiterados socialmente, por exemplo, com a atribuição de nomes e termos a materialidade de características específicas do gênero, que constroem tecnologias e funcionamentos para o corpo a partir dessas denominações. Segundo a autora, “O gênero não deve ser meramente concebido como a inscrição cultural de significado num sexo previamente dado (...); tem de designar também o aparato mesmo de produção mediante o qual os próprios sexos são estabelecidos.” (BUTLER, 2003, p. 25).

A partir da naturalização dos gêneros, construiu-se a ideia de que a performance socialmente aceita é binária, ou seja, homem ou mulher, com parâmetros instituídos através de uma relação de coerência e linha de continuidade de ações, unindo o sexo biológico determinado pelo aparelho genital ao gênero, tanto quanto às práticas sexuais aos desejos, construindo e legitimando uma matriz heterossexual por meio de

¹⁴ Trans, Transgênero ou transexual “é um termo referindo-se a pessoas com diferentes identidades de gênero e expressões que diferem das normas de gênero estereotipadas. Ele inclui, mas não está limitado a pessoas que se identificam como transgênero, mulher trans (macho-fêmea), o homem trans (de mulher para homem), transsexual, cross-dresser, sexo não-binários, variante de gênero ou gênero estranho.” (ONTARIO HUMAN RIGHTS COMMISSION, 2014)

¹⁵ Butler concorda com a genealogia e arqueologia de Michel Foucault, especialmente na questão dos dispositivos de poder, base sobre a qual a autora constrói o conceito de matriz heteronormativa.

discursos (BUTLER, 2003, p.38). O que escapa desse binarismo é abjeto e deve ser repreendido socialmente.

Para Rubin (1984) os sistemas sociais criam hierarquização de valores, reproduzidas nas práticas sociais compartilhadas, sendo que a sexualidade é central na constituição social dessas hierarquias, que retratam posições de inferioridade ou subalternização. As hierarquias promovem diversos preconceitos, que, particularmente na questão de gênero, resultarão em manifestações diversas contra todas as categorias não heterossexuais, uma vez que se trata de uma disputa por hegemonia nas hierarquias sexuais (PRADO & MACHADO, 2012).

Warner (2000) discute que desde a Grécia Antiga existe uma cultura de governo da intimidade das pessoas, que se vale da vergonha como um mecanismo político que imputa à alguns indivíduos maior risco de sanções sociais baseadas em conformidade com as praticas sexuais classificadas como não normais. Assim, segundo o “moralismo”, o sexo “normal” é um dos elementos que mantém o *status quo*, ao classificar como vergonhoso aquilo e aqueles que não se encaixam, tanto quanto determina o que e quem é passível de ter vergonha merecida na sociedade (WARNER, 2000). Desse modo, as pessoas marcadas com “selos da vergonha” não são tratadas conforme o que realmente são, mas segundo classificações estereotipadas e reduzidas de suas dimensões humanas (JESUS, 2012).

Bourdieu (1996) conceitua que os grupos sociais hegemônicos, seja qual sua natureza, exercem e garantem a reprodução de sua posição social e da coesão que mantém a sociedade através de um *modus operandi*, empregando coerção aos grupos dominados, por processos ideológicos, físicos e econômicos, a partir da economia das trocas simbólicas e das posições sociais de quem pode dar e quem precisa receber, tanto em aspectos objetivos como nos subjetivos das relações sociais.

Esses processos ocorrem na medida em que os grupos apresentam respostas socialmente aprendidas no transcorrer da história individual dos indivíduos, tanto na coletividade como na família através das experiências do correto e do incorreto para determinada sociedade, constituindo-se como *habitus* (Bourdieu, 2004). Nas palavras de Bourdieu, “(...) funciona como engrenagem do campo de maneira a manter a reprodução social das crenças, por meio da incorporação legítima ("*habitus*") de cada agente e da posição social - e de gênero - que ocupa na estrutura que está inserido.” (Bourdieu, 2004, p.131).

Na temática do gênero, a violência simbólica vale-se de relações sociais desiguais veladas entre os sexos, em que os indivíduos “(...)

submetem-se às normas que definem o que deve ser o corpo, não só na sua configuração perceptível, mas também na sua atitude, na sua apresentação, etc." (Bourdieu, 1983, p.201).

Na medida em que o *habitus* para Bourdieu (2007) é um sistema de estruturas sociais “estruturadas e estruturantes”, que promove a geração unificada de práticas e ideologias características do grupo dos agentes pode-se entender o contexto de constantes atos de violência simbólica contra pessoas LGBTT como performativas do *habitus* que, como tal, implica em representações sobre si e sobre a realidade que parte do descompasso entre o que são e o que deles se exige ser em seu grupo social. Esse *habitus* se reproduz na desvalorização dessas pessoas, de seus valores, aspirações de mundo, e mesmo de identificações, operando pela incorporação pelos entrevistados de um modelo de ser heterossexual que não se adapta ao que as diversas possibilidades que poderiam compreender as diversas orientações não binárias, excluindo-as e perpetrando constante reprovação pelos agentes, reproduzindo em suas práticas e performances de ser no grupo social.

A esse respeito, Bourdieu (2014) declara que “a opressão como forma de 'invisibilização' traduz uma recusa à existência legítima, pública, isto é, conhecida e reconhecida, sobretudo pelo Direito, e por uma estigmatização que só aparece de forma realmente declarada quando o movimento reivindica a visibilidade” (p. 143-4).

Uma questão central nesse íterim são os dispositivos de assujeitamento às normas sociais, definindo Foucault que se trata de “(...) um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais filantrópicas.” (FOUCAULT, 2002, p.244).

Para Foucault (2002) constroem-se regimes de verdade a partir da articulação, produção e sustentação de redes de dispositivos, a exemplo da sexualidade nos séculos XVIII e XIX.

A sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico: não à realidade subterrânea que se aprende com dificuldade, mas à grande rede de superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e poder (FOUCAULT, 2011).

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de revisão da literatura, a partir do uso de metassíntese de artigos qualitativos, segundo procedimentos descritos por Partenson (2001) para metaestudo, procurando responder a pergunta “Quais são as características, avanços, limites e desafios na atenção primária a saúde de pessoas trans no Brasil a partir da literatura científica?”.

As buscas compreenderam todas as publicações existentes de 1988 até setembro de 2015, utilizando-se em seis bases bibliográficas: Scielo.org, DOAJ, Lilacs, PubMed, SCOPUS, Web of Science e banco de teses da CAPES. Apesar das considerações das teorias de gênero sobre a psiquiatrização e os problemas decorrentes, utilizou-se os descritores existentes nos dicionários das referidas bases, a saber: Pessoas Transgênero; Travestismo; Transexualismo; e Serviços de Saúde para pessoas transgêneros. Foram empregados também os termos em inglês e espanhol, existentes nos dicionários de descritores das bases utilizadas.

Os estudos foram selecionados com base nos seguintes critérios: (1) ter sido publicado a partir de 1988, quando o artigo 196 da Constituição Federal passou a garantir a Saúde como direito de todos e dever do Estado; (2) tratar de estudos na Atenção Primária à Saúde; (3) referir-se à pessoas trans. Foram critérios de exclusão: (1) documentos que não fossem artigos originais; (2) revisões de literatura; (3) ensaios teóricos; (4) artigos sem metodologia adequadamente descrita; (4) artigos que não se referissem ao contexto brasileiro; (5) artigos que não traziam informações e resultados sobre Atenção Primária.

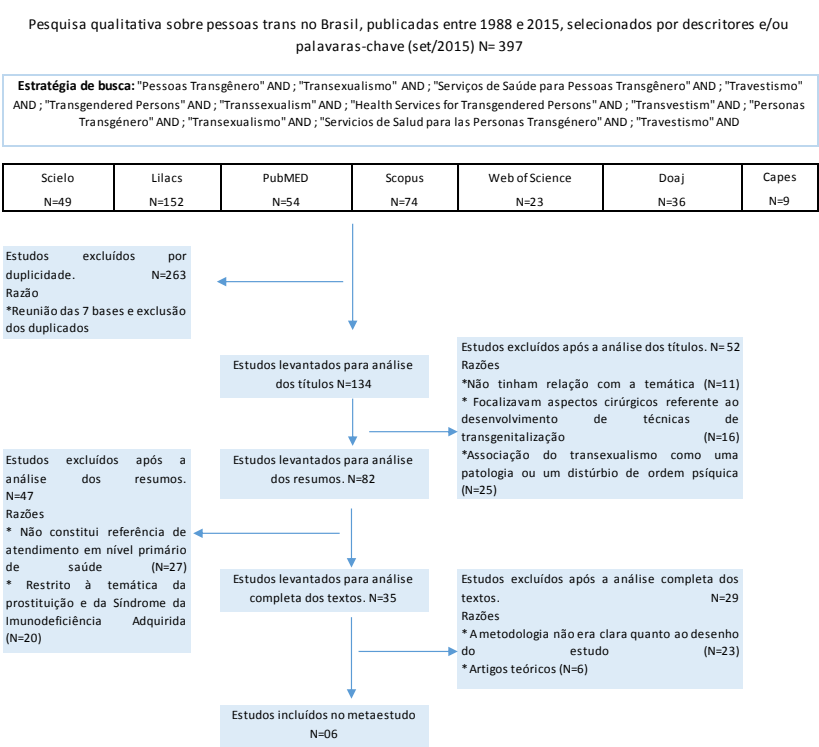
A partir da referida estratégia de busca, foram capturados, via SCIELO 49 artigos, via DOAJ 36, via Lilacs 152, via PubMed 54, via SCOPUS 74, via Web of Science 23, via banco de teses da Capes 9 e 3 artigos adicionais via busca em referências bibliográficas, totalizando 400 artigos. Após a exclusão das duplicidades (N=263) resultou-se em 137 artigos distintos.

A primeira etapa da seleção pelos títulos excluiu principalmente aqueles que focalizavam aspectos cirúrgicos referentes ao desenvolvimento de técnicas de transgenitalização ou cujo objeto central era a associação do transexualismo como uma patologia ou um distúrbio de ordem psíquica. Além disso, foram excluídos também onze artigos que não se relacionavam à temática. Essa etapa resultou em 82 artigos.

Em uma análise posterior, ainda preliminar, da pertinência e qualidade dos 82 artigos encontrados sobre Pessoas transgênero, Transexualismo, Atenção à Saúde e Travestismo, selecionou-se 6

artigos com base nos critérios acima referidos, a partir dos resumos e dos textos completos, nessa sequência. Através da análise dos resumos, foram excluídos 47 artigos que não constituíam referências de atendimento no nível primário de saúde ou que eram restritos à temática da prostituição e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Restaram, então, 35 artigos que tiveram os textos completos avaliados. Vinte e três trabalhos foram excluídos pois a metodologia não era clara quanto ao desenho de estudo e seis por serem artigos teóricos. Em caráter final, o corpus teórico investigado incluiu seis estudos (ROMANO, 2008; SOUZA ET. AL, 2015; MORAES, 2014; SOUZA ET. AL, 2013; SANTOS ET. AL, 2010; BORBA, 2014).

A Figura 1 apresenta a estratégia de busca e uma síntese do processo de obtenção dos artigos selecionados para o metaestudo, mapeando e justificando as exclusões.



Os artigos que foram incluídos no final do processo de seleção foram lidos e analisado na íntegra. Foi realizado o fichamento e classificação, sistematizando as principais características dos trabalhos. Realizou-se a tabulação seguindo: título do artigo, nome e instituição dos autores, referência, ano e país onde a pesquisa foi desenvolvida, objetivo da pesquisa, métodos empregados, e as categorias referentes a APS.

Conforme os passos sugeridos por Patterson (2001), a análise foi empreendida nas seguintes etapas:

- **Metateoria:** frente aos problemas debatidos nos artigos, identificaram-se os autores e principais conceitos utilizados, assim como a análise teórica a partir dos resultados.
- **Metamétodos:** análise das abordagens metodológicas empregadas e as consequências para os estudos e para os problemas investigados.
- **Metanálise:** buscou-se a interpretação do corpus constituído pelos artigos, mediante sínteses parciais em cada artigo, comparadas para o estabelecimento da síntese final, em que se destacou e dialogou os principais resultados com a literatura científica existente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

METATEORIA E METAMÉTODOS

Os autores são pós-graduandos e docentes da área da psicologia e da saúde coletiva, indicando certa proximidade com as práticas de atenção à saúde na APS.

Todos os artigos analisados referenciaram-se em documentos oficiais do Ministério da Saúde, assim como de associações e entidades de categorias profissionais da psiquiatria e psicologia, apontando para uma preocupação com o delineamento do arcabouço normativo existente na temática de atenção à saúde das pessoas trans a APS.

Em relação a dimensão teórica dos artigos, o emprego de conceitos estrangeiros de autores consagrados na literatura sobre gênero foi limitado, sendo que apenas Butler foi citada em três artigos, mas outros autores comuns na área como Foucault, Canguilhem e Hacking foram citados apenas em algum dos artigos, enquanto outros teóricos

sociais não tão específicos das discussões de gênero como Bourdieu, Geertz e Goffman foram citados em dois artigos cada.

Os autores brasileiros figuraram entre os mais citados nos trabalhos analisados, apontando tanto para a utilização da diversidade de abordagens sobre gênero no Brasil, como para a valorização de contextos específicos do país nas produções analisadas, com possibilidade desse resultado apontar para a necessidade de se investigar no próprio contexto sócio-cultural dos serviços brasileiros seus dilemas.

Em relação aos métodos empregados, todos os artigos valeram-se de entrevistas individuais, gerando a hipótese de que existem características vivenciais das pessoas trans que demandam certos cuidados e sensibilidade nas investigações com esse público.

METANÁLISE

Sobre as atividades profissionais das pessoas trans

A análise dos artigos aponta que não houve registro das atividades profissionais das pessoas trans na maioria dos estudos analisados. Posto que apenas um estudo traz essa informação, há certa limitação sobre o entendimento em relação à saúde da família e a relevância do mundo do trabalho nos processos de saúde e adoecimento registrados nos trabalhos selecionados. Particularmente, o estudo que apresenta as informações profissionais das entrevistadas aponta que há uma relação entre preconceitos e estigmas dessas pessoas por parte das equipes de saúde e da sociedade em geral, trazendo essa consideração atrelada ao entendimento de que pessoas as trans possuem corpos ambíguos que limitam socialmente as possibilidades de desenvolvimento profissional.

A pequena variação de ocupações e grande concentração de profissionais do sexo leva a questionamentos não só sobre o nível de escolaridade e profissionalização que pessoas trans vivenciam, como também, a precariedade das condições e relações de trabalho. Prover serviços de saúde a essas pessoas demanda considerar esses aspectos, sendo importantíssimo o silêncio da literatura sobre APS nessa dimensão do processo vivencial. Os princípios norteadores da Estratégia de Saúde da Família compreendem que o trabalho é um importante determinante no processo de saúde-doença, por isso, analisar criticamente essa perspectiva, em saúde coletiva, além de contribuir para ganho de cidadania dessas pessoas, promove uma atenção mais integral.

Saberes em disputa no campo da cura e da doença das pessoas trans

Um dos estudos levantados apresenta o saber religioso como contraponto ao discurso biomédico dominante, uma vez que as pessoas trans encontram nas religiões de matriz afro-brasileira alternativas para a atenção à saúde que lhes é negada pelos serviços públicos de saúde. Não apenas por prover, na avaliação das pessoas pesquisada, ofertas de cura e proteção, mas também, por configurar-se, sob uma perspectiva foucaultiana, como lócus de resistência e possibilidade de existência sem julgamentos preconceituosos.

O caráter performativo dos discursos, para Butler, promove a construção desses sujeitos dentro da lógica da matriz heteronormativa, a qual delimita o discurso biomédico a polaridade estanque masculina ou feminina. Com isso, as identidades trans são patologizadas face as movimentações e ambiguidades que representam, a luz dessa matriz, o que não acontece da mesma forma dentro das relações e laços sociais entre os praticantes das religiões de matriz afro-brasileiras.

A patologização que se legitima no discurso biomédico obriga a produção de um discurso que a legitime. O profissional de saúde busca as evidências definidas pelos manuais e protocolos de saúde para produção do laudo psiquiátrico. Como consequência às pessoas trans, resta a obrigação de reproduzir um discurso em sintonia com o olhar do profissional de saúde, afim de obter o referido laudo e seguir no processo transexualizador. Essa mesma operação do biopoder vale de justificativa para a não prestação de serviços no âmbito da APS, uma vez que os cuidados específicos não são previstos para os corpos abjetos nos quais as pessoas trans vivem. Dado que tecnologias e saberes médicos foram desenvolvidos a partir de uma matriz heteronormativa compulsória, quais possibilidades, limites e efeitos adversos da transposição dessas tecnologias a um corpo biológico que clama uma constituição por caminhos diferentes dos oportunizados pela referida matriz?

Segundo Hird (2003), quando o autor apresenta historicamente como a Medicina definiu a homossexualidade como doença, com implicações para a vida de pacientes não heterossexuais. O autor ainda apresenta as mudanças nas classificações da homossexualidade como doenças entre as versões do DSM, até a supressão da homossexualidade de pessoas gays e lésbicas do Manual de Diagnósticos, mas com a preservação dos travestis e transexuais no capítulo de disforia de gênero.

Segundo Ansara e Hegarty (2014) ao assumir que todas as pessoas obedecem a determinada classificação binária, entre homens e mulheres, acontece a normalização de papeis e funcionamentos sociais

que se traduzirão nas práticas de saúde e, ao se constituírem como profissionais médicos a partir dessas classes de indivíduos, além da desconsideração de outras modalidades de orientação sexuais como saudáveis, constroem-se tecnologias para a adequação do desviante ao normal, em um processo de domesticação dos corpos e da subjetividades com vistas à transformação em um homem ou uma mulher heterossexual.

As consequências dessa perspectiva de pré-conceitos que orientam a avaliação, diagnóstico e intervenção médica são amplas, e devem ser explicitadas para uma reorientação da sua formação, em uma perspectiva em que as pessoas não sejam discriminadas e tenham tratamentos adequados, independentes de serem heterossexuais ou não heterossexuais (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012).

Segundo Davy (2011), os conhecimentos em saúde são frutos de uma construção política das categorias sexuais e de gênero, referendando os estudos de Foucault, Laqueur, Freud e Tijsseling, para os quais o desenvolvimento dos conceitos médicos sobre a sexualidade, tal como construídos por sexólogos e que formam a base de como médico e da saúde como um todo, partem da ideia de que os cuidados encontram-se como concretização medicalização e da lógica binária. As noções contemporâneas em torno corpos transexuais, inclusive de estruturas cerebrais, vão questionar o biologicismo aplicado na abordagem biomédica tradicional.

Os indicadores de saúde como tecnologia do biopoder

Os estudos relatam demandas de saúde em diversas áreas, tais como alcoolismo, uso de drogas, suicídios, doenças sexualmente transmissíveis e dermatológicas. No entanto, existe um silenciamento sobre outras dimensões de saúde, como estudos odontológicos e a educação física, visto que os indicadores de saúde associados às pessoas trans são relacionados a sexualização e vida marginal abjeta, conforme Butler. Por exemplo, há apenas uma menção às questões de nutrição e alimentação, mesmo que na APS brasileira existam recursos técnicos e profissionais que atuem nessa área, seja através de atendimento individual em casos críticos ou pela capacitação dos demais profissionais.

Contudo algumas questões importantes não foram discutidas nos artigos. Na APS existe a prescrição e administração de hormônios para contracepção e reposição hormonal em pessoas idosas, sem necessidade de recorrer a atenção especializada, salvo por disfunções e patologias endocrinológicas. Contudo, as pessoas trans não podem recorrer a esses

hormônios sem estar em processo de redesignação sexual, ou seja, sem um diagnóstico patologizador da psiquiatria não há possibilidade de atendimento dessas pessoas no âmbito dos serviços de saúde, especialmente na APS. Apesar da necessidade de diagnóstico para prescrição e administração de hormônios, o percurso terapêutico, no caso das pessoas trans, apresenta maior grau de sofrimento e dificuldade frente a outras populações. Como efeito, muitas recorrem a práticas com alto risco, comprando hormônios no mercado ilegal e se auto-administrando, o que leva a hospitalização e morte em grande número de casos. Ademais, muitas pessoas trans desejam mudar apenas caracteres sexuais secundários com o uso de hormônio, sem necessidade de redesignação cirúrgica.

Até 1973, a homossexualidade era listada como doença no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), sendo retirada após uma ampla história de lutas pelos movimentos sociais. No entanto, ser homossexual não implica necessariamente em mudanças corporais. Na década de 1990, quase um quinto dos médicos na pesquisa de Smith e Matthews (2007) apresentaram indicativos de homofobia, e 18% relataram sentir-se desconfortáveis ao atenderem pacientes homossexuais.

Dados da *Kaiser Family Foundation* (2002) em uma pesquisa nacional nos Estados Unidos apontam que 6% dos médicos relataram desconforto cuidar de pacientes LGBTT. Paralelamente, Eliason e Schope (2011) aponta que as experiências anteriores junto à profissionais médicos, com olhares e atitudes discriminatórias explícitas e/ou implícitas, são motivos de os pacientes LGBTT apresentarem certa relutância em revelar a sua identidade de gênero nos serviços de saúde, apesar da importância de tais informações para seus cuidados de saúde.

As implicações dos saberes e das ações dos profissionais de saúde em termos de como percebem e categorizam as pessoas não heterossexuais são fundamentais na definição de como e qual atendimento de saúde prestam aos seus pacientes, conforme defendido por Davy (2011).

Para a autora, existem dimensões que extrapolam a agência do paciente, particularmente veiculada ao que a estrutura médico-legal permite ou não em termos de procedimentos de saúde e, nesse panorama, a formação médica está diretamente implicada, uma vez que em caráter final, os profissionais médicos determinarão quais são as possibilidades ou não dos pacientes (DAVY, 2011). Nesse sentido, a autora argumenta que os cursos de medicina são baseados em um conhecimento dos seres humanos em categorias binárias e

heteronormativas, de forma que, ao abordar os pacientes, tudo que diverge é considerado desvio e doença, portanto, já não se adequam aos modelos saúde em termos de sexualidade.

O acesso à APS pelas pessoas trans

Os serviços de saúde comumente apresentam-se como locais de perpetuação das violências e preconceitos que as pessoas trans sofrem. Seja porque os protocolos instituídos e as práticas profissionais não reconhecem suas especificidades, seja porque deliberadamente o estar no serviço de saúde, as constrange. Como consequência, a confiança, atributo fundamental para o desenvolvimento do vínculo não acontece. O acolhimento e a humanização do atendimento devem ser dimensões muito caras aos profissionais de saúde, sobretudo em populações afligidas por violências constantes, simbólicas e físicas, como no caso das pessoas trans. A oferta de formação aos profissionais acerca das demandas trans, pode propiciar um acolhimento mais integral.

Uma questão que não foi relatada em nenhum dos artigos refere-se ao horário de funcionamento das unidades de saúde. No caso das pessoas trans, especialmente para àquelas(es) que são profissionais do sexo, o atendimento em período noturno parece ser relevante. Não apenas porque, em função do preconceito, muitas evitam sair durante o dia, mas também, porque muitas das violências que sofrem são em horário noturno. Esse silêncio em relação à necessária crítica ao horário de funcionamento dos serviços de saúde retoma a ideia de que foram pouco investigados os aspectos trabalhistas das pessoas trans que participaram nas pesquisas de base dos artigos.

Conforme o acesso aos serviços de saúde e das soluções tecnológicas disponíveis para a readequação corporal segura lhes são negadas, as pessoas trans valem-se de práticas e formas próprias, tais como o uso indiscriminado de hormônios. No caso das mulheres trans, basta irem à farmácia e comprarem os anticoncepcionais femininos. Para os homens trans, tendo em vista que a testosterona é vendida apenas com prescrição médica, o mercado ilegal é o espaço de obtenção da substância.

Em termos de mudanças corporais, uma figura importante é a da bombadeira, pessoa geralmente transexual que desenvolveu conhecimentos e técnicas no que se refere à aplicação do silicone líquido industrial, com sessões de aplicação realizadas nas casas dessas profissionais ou das clientes (SAMPAIO, 2008). Tecnicamente, são utilizadas agulhas de uso veterinário, sem anestesiamento, cujos furos são fechados com esmalte de unha ou superbonder. Uma vez que os

silicones líquidos escorrem pelo corpo, dada a ação da gravidade, existem procedimentos específicos desenvolvidos pela prática de anos dessas profissionais, para que haja um modelamento desejado (SAMPAIO, 2008). Esses procedimentos são longos e dolorosos, e nunca se encerram (PELUCIO, 2005).

A necessidade e a resistência das pessoas trans em buscar soluções para a adequação dos corpos, fundamental para a expressão de gênero, frente às suas identidades de gênero promove, portanto, práticas sociais. As investigações sobre o mundo dos transexuais no Brasil, conforme apresentado nas partes anteriores do presente trabalho, tiveram enfoque tanto nos aspectos dos serviços de saúde e suas práticas, tanto quanto nos aspectos sociais gerais das pessoas trans. O que se pretende no presente projeto, vez que laços sociais e práticas sociais ocorrem entre essas pessoas, é, a partir do conhecimento que produzem e das significações sociais, imergir no mundo da construção dos corpos trans, em como produzem conhecimento e práticas de cuidado em saúde, assumindo que o corpo, além da mudança na expressão de gênero, é espaço de saúde e de doença.

O modelo de atenção na Saúde da Família e as pessoas trans

Embora a APS tenha a função de articular o atendimento da população, percebe-se a ausência de processos e tecnologias para consecução desse intento no que tange a pessoas trans. Cabe aqui ressaltar a importância do trabalho realizado por médicos residentes em Medicina e Saúde da Comunidade, no Centro de Saúde da Logoa, município de Florianópolis, para consecução do primeiro ambulatório para pessoas trans em Santa Catarina.

Mesmo as críticas à estrutura e serviços especializados podem esconder a dificuldade da APS em servir como porta de entrada do SUS, bem como, oferecer acolhimento e atendimento à saúde integral dessas pessoas. É possível pensar como profissionais da APS ampliada com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, tais como nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e educadores físicos poderiam dar suporte, em termos de modificações corporais, cidadania e construção de subjetividades através de processos que não demandam necessariamente o uso de hormônio e/ou redesignação cirúrgica.

Nesse panorama há que se defender que as intervenções em saúde rompem com o modelo prescritor de condutas especialmente no que se refere ao sexo, permitindo viver uma vida no gênero que melhor aprovar as pessoas. Baseando-se em discursos de direitos humanos, há que se primar pela despatologização das identidades sexuais não-

binárias e abordagens que primem pela sua desconstrução, explorando os potenciais facilitadores e barreiras, conforme apresentado por Davy (2011).

No que se refere as transexuais, e não pretendemos debate-los ontologicamente, a identidade sexual requer ajustes íntimos e corpóreos, não entendidos como saudáveis pela Sociedade contemporânea.

As transexuais representam um universo de expressões corpóreas e subjetividades diversas, com sentidos polifônico, partindo daquelas que se utilizam de roupas e adereços do sexo que desejam performar, até as que desejam redesignação cirúrgica genital (BENTO, 2014). O uso de hormônios é comum a pessoas trans (PELUCIO, 2005; LEITE JÚNIOR, 2011; LEITE JÚNIOR, 2006).

Para as pessoas transexuais, o campo da saúde não se refere exclusivamente a ausência de doença e cura, mas especialmente a garantia de habitar um corpo que inscreva e traduza seu gênero e permita relações sociais.

No entanto, a regulamentação do cuidado de saúde nas mãos de profissionais, sob a instituição da ciência biomédica, retira das pessoas trans a possibilidade legal de cuidar e mesmo julgar o correto para si, e de modificar seu próprio corpo. Desde que adequadamente coerente com o genital, homens e mulheres cisgêneros¹⁶ recebem os tratamentos e prescrições tão importantes, mas negados, na construção do corpo a partir da identidade e subjetividade das pessoas trans. Como dispositivo, a decisão sobre transexualizar corpos está em poder médico, uma vez que identidade transgênero é construída como doença mental (POTTER et al, 2008).

No entanto, não apenas o processo transexulizador é um problema. Os atendimentos gerais de saúde não são acessíveis a pessoas transexuais, disparidades que resultam de fatores estruturais e legais, discriminação social, e uma falta de cuidados de saúde culturalmente competente (INSTITUTE OF MEDICINE, 2011).

Na medida em que o acesso ao serviço de saúde e as mudanças corporais são negadas ou dificultadas as pessoas trans, Wallace e

¹⁶ O termo cisgênero é de uso político no ativismo LGBTT, buscando romper com o binômio indivíduo normal-indivíduo trans. Provém do vocabulário da isomeria na composição de compostos que possuem a mesma fórmula química, em que o cis refere-se a ligações que ficam no mesmo plano e o trans em planos opostos, em uma metáfora a linearidade entre o genital e a expressão de gênero entre os heterossexuais e as transformações nessa relação para os transexuais.

Rasmussen (2010) afirmam que a injeção de silicone industrial líquido é difundida entre transexuais.

Dados do levantamento do Washington Transgender Needs Assessment Survey (SAUSA, 2003), com 252 entrevistados auto-identificados como transexuais aponta que a taxa de injeção de silicone industrial líquido foi de 25% em Washington, 30% em Nova York, e 33% em Los Angeles. O estudo de Sausa (2003) aponta que 8% dos jovens trans entrevistadas tinham recebido injeções de silicone industrial líquido.

Rapaport (2002), assim como Narins e Beer (2006) afirmam que o silicone industrial injetado no corpo pode causar complicações médicas, tais como a embolia respiratório, infecções, esclerodermia, síndrome do choque tóxico, granuloma, neuropatia, linfadenopatia, sintomas reumáticos, auto-imunidade grave, doenças do tecido conjuntivo, e morte.

As dificuldades e interdições do atendimento às pessoas trans pelos serviços de saúde em suas necessidades específicas foi analisada no Brasil por Lionço (2009) e Ventura e Schram (2009), que destacam o efeito da patologização e medicalização a partir do diagnóstico dessas pessoas nas categorias dos transtornos de identidade de gênero encontrados no DSM III, DSM IV bem como no CID-10. Paralelamente, Ventura e Schramm (2009), apontando as interdições da legislações brasileiras para assegurar o direito do transexual de mudar o primeiro nome e o sexo nos registros oficiais, causando constrangimentos e silenciamentos, além de aspectos negados a essas pessoas na vida cotidiana, como contratos, alugueis, abertura de contas, entre outros, segundo Aran et al. (2008), restando-lhes a prostituição como uma das únicas atividades profissionais possíveis conforme Souza et al (2009) e Sampaio (2008).

Por outro lado, os estudos evidenciaram a importância do acolhimento e humanização como dimensões para um atendimento integral. Nesse sentido, sensibilizar e promover capacitações a todos os profissionais (não somente os de saúde) que tenham atuação articulada com a APS sobre identidade de gênero, expressões de gênero e orientação sexual de forma continuada é imperativo para alcance de um atendimento integral. É preciso problematizar essas questões combinadas com outras, de ordem cultural, histórico e social. Integralidade pressupõe perceber o indivíduo em sua totalidade e não apenas em suas partes ou pela soma das partes, incluindo aqui as concepções que imergem na constituição da sociedade, de seus preconceitos e interdições às minorias.

Um dos estudos defendeu a importância de estratégica da visita domiciliar para construção de vínculo e acolhimento da população geral e especialmente para as pessoas trans. Essa estratégia deve ser mais explorada em estudos futuros, pois é frequente o relato de muitas pessoas trans que evitam sair de casa durante o dia pelas violências que sofrem. Sugere-se também, novos estudos que abordem a adoção de estratégias como a religião e outras práticas, que utilizadas pelas pessoas trans, favoreçam o atendimento de suas demandas de saúde, dentro e fora dos serviços de APS.

A literatura analisada no presente metaestudo aponta para a relevância dos estudos de gênero como forma de capacitar os profissionais de saúde para atendimento as pessoas trans. Entender os discursos produzidos pela heteronormatividade possibilita o questionamento de “verdades naturalizadas” e oferece condições de atendimento integral àquelas(es) que são alocadas à margem da norma. No entanto, a análise mostra fragilidades quanto a operacionalização desses conceitos, não apenas no que concerne a capacitação dos profissionais, como as dimensões referentes a necessidade de reformulação dos currículos de graduação dos profissionais de saúde, assim como do desenvolvimento de tecnologias de cuidado que levem em consideração as especificidades das pessoas trans, assim como características gerais com as pessoas cisgênero.

Apresenta-se na literatura um dilema entre as pessoas trans. Para algumas, a patologização, embora as vezes, permite a cirurgia de redesignação. Para os críticos a essa argumentação, o julgamento é fundamentado pelas normas de gênero.

Não se vislumbra, em médio prazo, uma solução para esse confronto. Contudo, é possível pensar que se as ciências da saúde corroboram para produção de discursos patologizantes e operações de biopoder sobre as identidades trans, é possível, através do questionamento crítico dessas mesmas ciências, elaborar um outro discurso e outras operações. As necessidades de saúde das pessoas trans ultrapassam, e muito, as demandas de cirurgia de redesignação sexual. Atentar para o acolhimento e humanização do atendimento, no nível da APS, corrobora para o alcance de uma cidadania plena, por parte das pessoas trans.

Segundo Jorge Leite Jr (2011), desde a Antiguidade à Contemporaneidade as junções do masculino e do feminino no mesmo corpo foram objeto de atenção da ciência e da Sociedade, analisando a produção e transformações discursivas sobre esses corpos com base em Foucault, vez que "(...) as matrizes conceituais que fecundaram o solo

em cima do qual hoje nós plantamos e colhemos novas ideias" (p. 25), de forma que a invenção (e não a origem) dos corpos trans das sociedades contemporâneas foi fruto de disputas, contradições, rupturas e mudanças, ressaltando o autor que "(...) definições únicas e definitivas sobre corpos e identidade sexuais e seus limites entre masculinidades e feminilidades nunca existiram, variando conforme os grupos e os discursos (médicos, religiosos, políticos) mesmo em uma época específica" (LEITE JR, 2011, p.25).

Em sua genealogia dos corpos trans, o autor aponta para como o "moderno travestismo" relaciona-se com a construção médico-científica do hermafrodita psíquico ou pseudo-hermafrodita do século XIX, em que a disciplinarização toma "(...) os traços de indefinição entre homens e mulheres migram para a psique como o último grau de uma sutil mistura entre os sexos" (LEITE JR, 2011, p. 89), com o desenvolvimento das tecnologias hormonais, cirúrgicas e protéticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A despeito dos avanços que garantem legalmente o acesso das pessoas trans a saúde, a literatura aponta grandes dilemas nas questões de identidade de gênero e orientação sexual.

Em um país com a rede de atenção à saúde, coordenada pela atenção primária, como é o caso do Brasil, ainda são incipientes as pesquisas com potencial de transformação das práticas nos serviços da APS.

Apesar da relevância de toda discussão teórica acerca dos processos de interdições e abjeção das pessoas trans, as tecnologias e saberes disponíveis aos profissionais de saúde ainda são carentes e muitas vezes silenciosos em relação as necessidades desses cidadãos brasileiros, a despeito da garantia constitucional e consequências dessa, conforme discutido no parágrafo inicial da introdução do presente artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANSARA, Gavriel.; HEGARTY, Peter. Methodologies of misgendering: recommendations for reducing cisgenderism in psychological research. **Feminism & Psychology**, 2014, v.24, n.2, p.259-279.
- ARAN, Márcia, ZAIDHAFT, Sérgio; MURTA, Daniela. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. **Psicologia & Sociedade, Psicol. Soc.**, Porto Alegre , v. 20, n. 1, p. 70-79, Apr. 2008 .

- BENTO, Berenice. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual**. 2ª edição. Natal: EDUFRN, 2014.
- BERNARD, H. Russell. **Research methods in anthropology: Qualitative and quantitative approaches**. Rowman Altamira, 1995.
- BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina: a condição feminina e a violência simbólica**. *Rio de Janeiro: Best Seller*, 2014.
- _____. **O poder simbólico**. Tradução Fernando Tomaz, 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.
- _____. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. São Paulo: Papirus, 1996.
- _____. **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1983.
- _____. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 2004.
- BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos (SDH). **Relatório de Monitoramento das Ações do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - PNPCDH-LGBT**. Brasília, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.
- BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. 2008. **Anais da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos.
- BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. 2009. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gay, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos.
- BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. 2011. **Anais da II Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos.
- BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2003.
- _____. **Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”**. In: LOURO, Guacira.(org.) **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001, p.151-172.

- CAMARGO-BORGES, Celiane. **O construcionismo social no contexto da Estratégia Saúde da Família**. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP. 2007
- DAVY, Zowie. **Recognizing transsexuals: personal, political and medicolegal embodiments**. London: Ashgate Publishing Limited, 2011.
- ELIASON, Michele; SCHOPPE, Robert. Does “Don’t ask don’t tell” apply to health care? Lesbian, gay, and bisexual people’s disclosure to health care providers. **Journal of the Gay and Lesbian Medical Association**, 2001, vol.5, n.4, p.125-34.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2002.
-
- _____. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. São Paulo: Paz e Terra, 2011.
- GIDDENS, Anthony. **As transformações da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo: Ed. UNESP. 1993.
- HIRD, Myra J. A typical gender identity conference? Some disturbing reports from the therapeutic front lines. **Feminism & Psychology**, v. 13, n. 2, p. 181-199, 2003.
- INSTITUTE OF MEDICINE. **The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for a Better Understanding**. Washington, DC: The National Academies Press, 2011.
- JESUS, Jaqueline Gomes. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos**. Brasília, Ministério da Educação, 2012.
- KAISER FAMILY FOUNDATION. 2002. **National survey of physicians part I: doctors on disparities in medical care**. Acesso em 27.09.2015. Disponível em: www.kff.org.
- LEITE JR, Jorge. **Das Maravilhas e Prodígios Sexuais - A Pornografia "Bizarra" como Entretenimento**. São Paulo, Annablume/Fapesp, 2006.
- LEITE JÚNIOR, Jorge. **Nossos corpos também mudam - a invenção das categorias "travesti" e "transexual" no discurso científico**. São Paulo, Annablume, 2011.
- NARINS, Rhoda S.; BEER, Kenneth. Liquid injectable silicone: a review of its history, immunology, technical considerations, complications, and potential. **Plastic and reconstructive surgery**, v. 118, n. 3S, p. 77S-84S, 2006.

- ONTARIO HUMAN RIGHTS COMMISSION. **Gender identity and gender expression**. Ontario: Queens Printer, 2014.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Born free and equal: sexual orientation and gender identity in International Human Rights Law**. Genebra: United National Organization, 2012.
- PARTENSON, B.L. et al. **Meta-study of qualitative health research: a practical guide to meta-analysis and meta-synthesis**. Thousand Oaks, CA: Sage, 2001.
- PELUCIO, Larissa. Na noite nem todos os gatos são pardos: notas sobre a prostituição travesti. **Cadernos Pagu**, 2005, n.25, pp. 217-248.
- POTTER, Jennifer; GOLDHAMMER, Hilary; MAKADON, Harvey J. Clinicians and the care of sexual minorities. **Fenway Guide to Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health**. American College of Physicians, v. 8, 2008.
- PRADO, Marco Aurélio Maximo; MACHADO, Frederico Viana. **Preconceito contra homossexualidades: a hierarquia da invisibilidade**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2012.
- PRECIADO, Beatriz-Paul. **Manifesto Contrassexual: práticas subversivas de identidade sexual**. São Paulo: n-1, 2014.
- RAPAPORT, Marvin. Silicone injections revisited. **Dermatologic Surgery**, v. 28, n. 7, p. 594-595, 2002.
- RUBIN, Gayle. Thinking sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. In: VANCE, Carole . (ed). **Pleasure and danger**. Routledge & Kegan Paul, 1984.
- SAMPAIO, Juciana de Oliveira. Redes sociais engendradas: notas sobre o caráter associativo entre os travestis em São Luis, Maranhão. **Fazendo Gênero – Corpo, Violência e Poder**, 2008, v.8, p.1-7.
- SAUSA, Lidia. The HIV prevention and educational needs of trans youth: A qualitative study (Doctoral dissertation, University of Pennsylvania, 2003). **Dissertation Abstracts International**, 2003, v.64, n.04, 1186A.
- SMITH, Davey M.; MATHEWS, Christopher. Physicians' attitudes toward homosexuality and HIV: Survey of a California medical society-revisited (PATHH-II). **Journal of homosexuality**, 2007, v. 52, n. 3-4, p. 1-9.
- SOUSA , Patrícia Juliana; ABRÃO, Fátima Maria da Silva; COSTA, Aurélio Molina; FERREIRA, Luiz Oscar Cardoso. Humanização no acolhimento de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais na atenção básica: reflexões bioéticas para enfermagem. In **Anais do Segundo Seminário Nacional de diretrizes para enfermagem na**

atenção básica em saúde, 2º *SENABES*. Recife, PE: Associação Brasileira de Enfermagem. Recuperado em 15 março, 2010, da ABEN: http://www.abeneventos.com.br/SENABS/cd_anais/pdf/id141r0.pdf

VENTURA, Miriam. Limites e possibilidades do exercício da autonomia nas práticas terapêuticas de modificação corporal e alteração da identidade sexual. *Physis*, 2009, v. 19, n. 1, p. 65-93.

WARNER, Michael. **The trouble with normal**: Sex, politics, and the ethics of queer life. Harvard University Press, 2000.

9 CONCLUSÃO

A despeito dos avanços que garantem legalmente o acesso das pessoas trans a saúde, a literatura aponta grandes dilemas nas questões de identidade de gênero e orientação sexual.

Em um país com a rede de atenção à saúde, coordenada pela atenção primária, como é o caso do Brasil, ainda são incipientes as pesquisas com potencial de transformação das práticas nos serviços da APS.

Apesar da relevância de toda discussão teórica acerca dos processos de interdições e abjeção das pessoas trans, as tecnologias e saberes disponíveis aos profissionais de saúde ainda são carentes e muitas vezes silenciosos em relação as necessidades desses cidadãos brasileiros, a despeito da garantia constitucional e consequências dessa.

REFERÊNCIAS

APA. **DSM-5 Development 2013**. Available from:
<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela. “Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.15-40, 2009.

AYRES, José Ricardo et al. **Vulnerabilidade e prevenção da AIDS**. In: BARBOSA, Regina e PARKER, Richard (orgs.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. São Paulo, Editora 34, 1999.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**. Tradução de Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BENTO, Berenice, **O que é Transexualidade**. São Paulo: Ed.Brasiliense; 2008. p. 181.

BERGER, P; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. 36 ed. Tradução de Floriano de Souza Fernandes. Petrópolis, Vozes, 2014.

BORGES, L. S; & SPINK, M.J.P. Repertórios sobre lesbianidade na mídia televisiva: desestabilização de modelos hegemônicos. *Psicologia & Sociedade*, v. 21, n.3, p. 442-452, 2009.

BRASIL. (2004a). **Brasil Sem Homofobia - Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT e de Promoção da Cidadania Homossexual**. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. (2004b). **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização**. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS: Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://www.redehumanizasus.net/node/8962>

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

_____. **Lei no 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde.

_____. (2009). **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBTs**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: **DesprecarizaSUS : perguntas & respostas**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. 2010. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, DF, 2010(a).

_____. **Protocolo Clínico Saúde Integral para Travestis (PCSIT)**. Portaria CRT a-1, de 27.01.2010. Diário Oficial do Estado de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde; 2010b.
BRASIL. (2008). **Portaria 1707 - que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde o processo transexualizador**. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html

_____. **Portaria no 1.707**, de 18.08.2013. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

_____. **Portaria no 2.803**, de 19.11.2008. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BOJERI, M. M [et al.] (Org.). **Mapeando diálogos: ferramentas essenciais para a mudança social**. Tradução de Leonora Corsini. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2010.

BORGES, L. S; & SPINK, M.J.P. Repertórios sobre lesbianidade na mídia televisiva: desestabilização de modelos hegemônicos. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n.3, p. 442-452, 2009.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero - Feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____. **O parentesco é sempre tido como heterossexual?** In: Cadernos Pagu (21), Unicamp, Campinas, p. 219-260, 2003b.

_____. **Bodies that matter: on the discursive limits of sex**. New York: Routledge, 1993.

_____. **Undoing gender**. New York: Routledge, 2004.

_____. **Corpos que pensam: sobre os limites discursivos do sexo**. In: LOURO, Guacira. O corpo Educado. Pedagogias da Sexualidade. Trad. Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

CARVALHO, Irene Palmares. [Transsexuality: experiencing the transition process in the context of health care services]. *Acta medica portuguesa*, v. 23, n. 6, p. 1001–1010 , 2009.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder; CALVETTI, Prislá U.; ROCHA, Kátia B.; MOURA, Andreína; BARBOSA, Lúcia H.; HERMEL, Júlia. Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 44, n. 2, p. 235, 2010.

CHAPMAN, Rose; WARDROP, Joan; FREEMAN, Phoenix; ZAPPIA, Tess; WATKINS, Rochelle; SHIELDS, Linda. A descriptive study of the experiences of lesbian, gay and transgender parents accessing health services for their children: LGT parents accessing health care for children. **Journal of Clinical Nursing**, v. 21, n. 7-8, p. 1128–1135 , abr. 2012.

COOPERRIDER, D. L.; WHITNEY, D. **Investigação apreciativa: uma abordagem positiva para a gestão de mudanças**. Tradução N. Freire. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005.

COSTA, Claudia de Lima & ÁVILA, Eliana. 2005. “Glória Anzaldúa, a consciência mestiça e o ‘feminismo da diferença’”. **Estudos Feministas**. Set.-dez. 2005. Nº 13 (3), p. 691-703.

FERLA, Alcindo Antônio (Coord). **Saúde suplementar nas regiões Norte e Sul: estudos multicêntricos integrados sobre modelagem assistencial e integralidade do cuidado**. Relatório de Pesquisa. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. 292p.

FOUCAULT, M. (1979). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal. _____ . **História da sexualidade 1. A vontade de saber**. Ed. Graal - RJ, 1985.

_____. **História da sexualidade 2: o uso dos prazeres**. Jorge Zahar - RJ, 1994.

_____. **História da sexualidade 3: O cuidado de si**. Ed. Graal - RJ, 1985.

_____. **Os anormais**. Curso no Collège de France (1974–1975). Martins Fontes – SP, 2001.

GARBER, M. **Vice-versa : bissexualidade e o erotismo na vida cotidiana**. Rio de Janeiro : Record, 1997.

GERGEN, K.J.; GERGEN, M. **Construcionismo social: um convite ao diálogo**. Tradução de Gabriel Fairman - Rio de Janeiro. Instituto Noos, 2010.

GERGEN, K. J. **Realities and relationships: Soundings in social construction**. Cambridge: Harvard University Press, 1997.

HARAWA, Nina T.; BINGHAM, Trista A. Exploring HIV prevention utilization among female sex workers and male-to-female transgenders. **AIDS Education & Prevention**, v. 21, n. 4, p. 356–371 , 2009.

HACKING, I. **The social construction of what?** Cambridge/Massachussets: Havard University Press, 1999.

HELENA, E.T.S.; NEMES, M.I.B.; ELUF-NETO J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc.**, v. 19, n. 3, p. 614-626. 2010.

HOWARD, J. A., HOLLANDER, J. **Gendered situations, gendered selves**. London: Sage, 1997.

HUTCHINSON, M. K.; THOMPSON, Angela C.; CEDERBAUM, Julie A. **Multisystem Factors Contributing to Disparities in Preventive Health Care Among Lesbian Women**. *Journal of Obstetric, Gynecologic, Neonatal Nursing*, v. 35, n. 3, p. 393–402, maio 2006.

IBÁÑEZ, T. **La construccion dei conocimiento desde una perspectiva socioconstruccionista**. In: Montero, M. (Org.) *Conocimiento, realidade ideología*. Caracas: Asociacion Venezolana de Psicología Social – AVEPSO, 1994. p. 39-48.

Issue Paper (2009).

<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CommDH/IssuePaper%282009%292&Language=lanEnglish&Ver=original&Site=COE&BackColorIntranet=DBDCF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864>. Acessado em 10/04/2015.

LIONÇO, Tatiana. 2008. “Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade”. **Saúde e Sociedade**, São Paulo. Junho 2008. Vol. 17, nº 2, p. 11-21.

LIONÇO, T. (2009). Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios
Comprehensiveness and sexual diversity in the Brazilian norm in the process of health care for transsexuals: progress, dilemmas, challenges. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19, 43-63.

LORENZONI, G. C [et al.] (Org.). **Construccionismo social: discurso, prática e produção de conhecimento**. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2014.

LOURO, L. G. **Um corpo estranho – ensaios sobre sexualidade e teoria queer**. 2 Ed – Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

LOURO, Guacira. **O corpo Educado**. Pedagogias da Sexualidade. Trad. Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

MÂNGIA, E.F.; LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**; São Paulo, v.19, n.2, ago. 2008.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. P.41-66.

MCNAMEE, S. (2002). **Appreciative inquiry: Social construction in practice**. In C. Dalsgaard, T. Meisner, & K. Voetmann (Orgs.), *A symphony of appreciation: Development and renewal in organizations through working with appreciative inquiry* (pp. 110-139). Copenhagen: Danish Psychology Press.

Méllo, R. P., Silva, A. A., Lima, M. L. C., & Di Paolo, A. F. (2007). Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. **Psicologia & Sociedade**, 19(3), 26-32.

Meyerowitz, J. How sex changed. **A history of transsexuality in the United States**. Cambridge: Harvard University Press, 2002.

Ministério da Saúde. (2006). **Portaria Nº 648/GM**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2009). **Diretrizes do NASF** (Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos de Atenção Básica, 27). Brasília: Ministério da Saúde.

MISKOLCI, R. **Teoria Queer: um aprendizado pelas diferenças** – 2ed. rev e ampl., 1. reimp. – Belo Horizonte: Autêntica Editora: UFOP – Universidade Federal de Ouro Preto, 2013 – (Série Cadernos de Diversidade, 6).

MOREIRA, G. C. A. [et al.] (Org.). **Cuidado e saúde: práticas e sentidos em construção**. Belém: Paka-Tatu, 2014.

MORETTI-PIRES, R.O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface Comun.Saúde Educ.*, v. 13, n. 13p. 153-66, 2009.

MOSCHETA, M.S. **Responsividade como recurso relacional para a qualificação da assistência a saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.** Universidade de São Paulo – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2011.

MOSCHETA, M.S.; SANTOS, M. A. Inclusão e o desafio de criar formas de investigação colaborativa – um relato de experiência. **Saúde e Transformação Social** , v. 1, n. 1, p154-159, 2010.

MOL, A. **The Body Multiple: Ontology in Medical Practice.** London, 2002.

MULLER, M. I.; KNAUTH, D. R. Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é ‘babado’!. **Cadernos EBAPE. BR**, v.6, n. 2, jun. 2008.

NASCIMENTO, D.; OLIVEIRA, M. A. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.** *O Mundo da Saúde*, 34(1), 92-96, 2010.

NEVILLE, Stephen; HENRICKSON, Mark. Perceptions of lesbian, gay and bisexual people of primary healthcare services. **Journal of Advanced Nursing**, v. 55, n. 4, p. 407–415 , ago. 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. 2006. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**. Maio-ago. 2006. Nº 15 (2), p. 34-46.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. 2006. “Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte”. **Rev. Saúde Pública**, 40 (N Esp.), p. 73-78.

PARKER, Richard. Evolution in HIV/AIDS prevention, interventions and strategies. **Interamerican Journal of Psychology**, v.35, n. 5, p. 155-65, 2001.

PATERSON, Barbara L [et al.]. **Meta-study of Qualitative Health Research: A Pratical Guide To Meta-analysis and Meta-siyntesis**. United States of America: Sage Publications, Inc, 2001.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS Rubens A. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

PISCITELLI, Adriana. 2008. “Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras”. **Sociedade e Cultura**. Jul./dez. 2008. Vol. 11, n. 2, p. 263-74.

RIOS, R.R. Direitos humanos, direitos sexuais e homossexualidade. **Amazônica: Revista de Antropologia**, v. 3, n. 2, p. 288-298, 2011.

ROCHA, Kátia Bones; BARBOSA, Lucia Helena Rubin; BARBOZA, Carolina Zambom; CALVETTI, Prislá Ücker; CARVALHO, Fernanda Torres; et al. **La atención a la salud en Brasil a partir de la percepción de travestis, transexuales y transgéneros**. Forum: Qualitative Social Research, v. 10, n. 2, 2009.

RODRIGUEZ, A. M. M. **Experiências De Atenção À Saúde e Percepções Das Pessoas Transgênero, Transexuais e Travestis Sobre Os Serviços Públicos de saúde em Florianópolis/SC, 2013-** Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

RÖNDAHL, Gerd; INNALA, Sune; CARLSSON, Marianne. Heterosexual assumptions in verbal and non-verbal communication in nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v. 56, n. 4, p.373-381, 2006.

RÖNDAHL, Gerd. Heteronormativity in health care education programs. **Nurse Education Today**, v. 31, n. 4, p.345-349, 2010.

ROSSER, Sue V. Ignored, overlooked or subsumed: research on lesbian health and health care. **National Women's Studies Association Journal**, v. 5, p.183-203, 1992.

SANCHEZ, Nelson F; SANCHEZ, John P.; DANOFF, Ann. **Health care utilization, barriers to care, and hormone usage among male-**

to- female transgender persons in New York City. American Journal of Public Health, v. 99, n. 4, p. 713 , 2009.

SANDELOWSKI, Margarete; BARROSO, Julie. **Handbook For Synthesizing Qualitative Research.** New York: Springer Publishing Company, INC, 2007

SEAVER, Margaret R.; FREUND, Karen M.; WRIGHT, Leslie M.; TJIA, Jennifer; FRAYNE, Susan M. Healthcare Preferences Among Lesbians: A Focus Group Analysis. **Journal of Women's Health**, v. 17, n. 2, p. 215–225 , mar. 2008.

SEIDMAAN, S. “Desconstructing Queer Theory or the Under-Theorization of the Social and the Ethical”. In: NICHOLSON, Linda; SEIDMAN, Steven (Orgs.) **Social Postmodernism. Beyond identity politics.** Cambridge: Cambridge Univesity Press, 1995. p. 116-141.

SCOTT, W. Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica.** Educação & Realidade. Porto Alegre, vol. 20, nº 2,jul./dez. 1995.

SOUZA, Celina. 2003. **Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa.** Caderno CRH, Salvador. Vol. 16, nº 39, p.11-24.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural.** Introdução: para ampliar o cânone do reconhecimento, da diferença e da igualdade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003)

SPINK, M. J. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano.** Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

_____. Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda. **Saúde e Sociedade**, 16(1), 2007.

SPINK, M. J.; GIMENES, M. G. Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. **Saúde e Sociedade**, 3, 149-171, 1994.

SPINK, M. J.; MENEGON, V. M. (1999). **A pesquisa como prática discursiva.** In: SPINK, M.J.(org.). Práticas discursivas e produção de

sentido: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999. Cap. 3, p. 63-92

STEELE, Leah. S.; TINMOUTH, Jill. M; LU, Annie. **Regular health care use by lesbians: a path analysis of predictive factors.** Family Practice, v. 23, n. 6, p. 631–636 , 11 jul. 2006.

STEVENS, Patricia E. **Structural and Interpersonal Impact of Heterosexual Assumptions** On Lesbian Health Care Clients. Nursing Research, v. 44, n. 1, p.25-30, 1995.

TRANSGENDER EURO STUDY. <http://tgeu.org/wp-content/> Acessado em 01/06/2015

TILSEN, B. J. **Therapeutic conversations with queer youth: transcending homonormativity and constructing preferred identities.** Jason Aronson Publisher. 2013.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, suppl 2, p. 190-198, 2004.

WARNER, M. **Fear of a Queer Planet.** Minneapolis: University of Minnesota Press, 1.Ed. 1993.

WEEKS, J. **Invented moralities: sexual values and ages of uncertainty.** Nova York: Columbia University Press, 1995

WARNER, M. **The trouble with normal: sex, politics, and the ethics of queer life.** Harvard University Press, 1.Ed. 2000.

WOLFE, B. M. **Travestis brasileiras.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2015.

WHO. **Décima revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID 10.** Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010. Available from: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F64>.

YOGYAKARTA PRINCIPLES.

http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_en.pdf. Acessado em 09/04/2015